

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



COVID-19 VE KRONİK ENFEKSİYONU OLAN KİŞİLERİN
HASTALIK ALGILARI, PSİKOSOSYAL UYUMLARI VE
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEKLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZÜMRÜT AY AKDAŞ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM

BOLU, AĞUSTOS - 2022

KABUL VE ONAY SAYFASI

Zümrüt AY AKDAŞ tarafından hazırlanan “**COVID-19 VE KRONİK ENFEKSİYONU OLAN KİŞİLERİN HASTALIK ALGILARI, PSİKOSOSYAL UYUMLARI VE ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**” adlı tez çalışması jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir. 9/08/2022

Jüri Üyeleri
Danışman

İmza

Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Anabilim Dalı

.....

Üye

Doç. Dr. Saadet CAN ÇİÇEK
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Anabilim Dalı

.....

Üye

Dr. Öğretim Üyesi Nevin GÜNAYDIN
Ordu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Anabilim Dalı

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Teze ilişkin 26/08/2022 tarihinde Turnet'in adlı intihal tespit programından enstitü müdürlüğünce belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan benzerlik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %30 olarak bulunmuştur.

Bu çalışma için Klinik Araştırmaları Etik Kurulundan 2021/48 sayısı ile etik izin alınmıştır.

ZÜMRÜT AY AKDAŞ

ÖZET

**COVID-19 VE KRONİK ENFEKSİYONU OLAN KİŞİLERİN
HASTALIK ALGILARI, PSİKOSOSYAL UYUMLARI VE
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEKLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI
YÜKSEK LİSANS TEZİ
ZÜMRÜT AY AKDAŞ
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(TEZ DANIŞMANI: PROF.DR. NAZMİYE YILDIRIM)
BOLU, AĞUSTOS - 2022
İX+75**

Bu çalışma COVID-19 ve kronik enfeksiyon (Tüberküloz, Hepatit, HIV) hastalığı olan bireylerin psikososyal uyumunu, hastalık algısını ve algıladıkları sosyal destek düzeyini belirlemek ve iki hasta grubunu incelenen değişkenler açısından karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı, kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırma İstanbul ilinde bulunan Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Servisinde Ocak 2021 - Ocak 2022 tarihleri arasında, yatarak tedavi gören 100 katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Hastalara Kişisel Bilgi Formu, Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği, Hastalık Algısı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır. Veriler, tanımlayıcı istatistikler, Ki-Kare ve Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 43.25 ± 17.00 (min.-maks:19-91) yıl olup, %56'sı erkektir. Çoğunluğu evli (%53), ilkokul mezunu (%41) ve çalışıyor olduğunu (%59) bildirmiştir. Hastaların %60'ını COVID-19 tanılı olanlar, %40'ını ise kronik enfeksiyonu olanlar oluşturmuştur. İki hasta grubunun yaş ortalamaları, eğitim ve çalışma durumları anlamlı olarak farklıdır ($p < 0.05$). Klinik açıdan, hastalık ve hastaneye yatış süresi sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.0001$). Kronik enfeksiyon hastalığı olanların COVID-19 tanılı hastalara göre psikososyal uyumunun daha kötü olduğu, hastalık algısının duygusal temsillerinin, hastalığın olumsuz sonuçlarının daha yüksek olduğu, hastalığı daha fazla anlayabildikleri belirlenmiştir ($p < 0.05$). COVID-19 tanılı hastaların ise kişisel ve tedavi kontrolü hakkında inançlarının diğer gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). COVID-19 tanılı hastalara göre kronik enfeksiyonu olanların daha fazla oranda damgalanma hissi yaşadığı ($p < 0.0001$) ve algıladıkları sosyal desteğin daha az olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır. İki hasta grubunun hastalığın olası nedenlerine yönelik atıflarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

ANAHTAR KELİMELE: Enfeksiyon Hastalığı, Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum, Algılanan Sosyal Destek, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği

ABSTRACT

COMPARISON OF PERCEPTIONS OF ILLNESS, PSYCHOSOCIAL ADAPTATIONS AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT OF PEOPLE WITH COVID-19 AND CHRONIC INFECTION

PHD THESIS

ZÜMRÜT AY AKDAŞ

INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES

BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY

DEPARTMENT OF NURSING

(SUPERVISOR: PROF. DR. NAZMİYE YILDIRIM)

BOLU, AUGUST 2022

İX+75

This study was conducted in a descriptive, cross-sectional type to determine the psychosocial adjustment, perception of illness and perceived social support level of individuals with COVID-19 and chronic infections (Tuberculosis, Hepatitis, HIV) and to compare the two patient groups in terms of the variables examined.

This study was carried out with 100 participants who were hospitalized between January 2021 and January 2022 in the Infection Service of Sultangazi Haseki Training and Research Hospital in Istanbul. Personal Information Form, Psychosocial Adjustment to Illness Self-Report Scale, Illness Perception Scale, and Multidimensional Perceived Social Support Scale were applied to the patients. Data were evaluated with descriptive statistics, Chi-Square, and Mann Whitney U test.

The mean age of the patients participating in the study was 43.25 ± 17.00 (min.-max:19-91) years, and 56% were male. The majority reported that they were married (53%), primary school graduates (41%), and working (59%). Of the patients, 60% was diagnosed with COVID-19 and 40% of them were chronic infections. The mean age, education, and employment status of the two patient groups were significantly different ($p < 0.05$). Clinically, a statistically significant difference was found between the mean rank of illness and hospitalization time ($p < 0.0001$). It was determined that those with chronic infectious diseases had worse psychosocial adjustment, emotional representations of the perception of the disease, the negative consequences of the disease were higher, and they were able to understand the disease more than the patients with a diagnosis of COVID-19 ($p < 0.05$). It was determined that patients with a diagnosis of COVID-19 had higher beliefs about personal and treatment control than the other group ($p < 0.05$). It was determined that patients with chronic infection experienced more stigma ($p < 0.0001$), and perceived social support was less ($p < 0.05$) compared to patients with a diagnosis of COVID-19. A statistically significant difference was found between the mean ranks of the citations for the possible causes of the disease in the two patient groups ($p < 0.05$).

KEYWORDS: Infectious Disease, Perception Of Illness, Psychosocial Adjustment, Perceived Social Support, Consultation Liaison Psychiatric Nursing

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ.....	ix
TEŞEKKÜR.....	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 Enfeksiyon Hastalıkları ve Bulaşıcı Hastalıklar.....	5
2.1.1 Kronik Enfeksiyon Hastalıkları.....	6
2.1.2 Koronavirüs Hastalığı.....	7
2.2 Psikososyal Uyum	8
2.3 Hastalık Algısı	9
2.4 Sosyal Destek.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1 Araştırmanın Amacı	18
3.2 Araştırmanın Şekli.....	18
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4 Araştırmanın Sınırlılıkları	18
3.5 Araştırmanın Veri Toplama Araçları	18
3.6 Araştırma Verilerinin Toplanması.....	21
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.8 Araştırmanın Etik Boyutu.....	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
6.1 Sonuçlar.....	48
6.2 Öneriler.....	49
7. KAYNAKLAR.....	50
8. EKLER.....	64

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik ve mesleki özellikleri.....	24
Tablo 4.2. Katılımcıların sağlık durumuyla ilgili özelliklerinin, hastalıklarıyla ilgili damgalanma hissinin ve psikososyal uyumun dağılımı	25
Tablo 4.3. Katılımcıların psikososyal uyum, hastalık algısı, algıladıkları sosyal destek toplam ve alt ölçek puanlarının dağılımı.....	26
Tablo 4.4. Katılımcıların hastalığın olası nedenlerine yönelik atıflarının dağılımı.....	28
Tablo 4.5. Katılımcıların hastalığın nedeni olarak bildirdiği en önemli üç faktörün dağılımı.....	29
Tablo 4.6. COVID-19 ve kronik enfeksiyon grubunun demografik özellikler ve damgalanma hissi açısından karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.7. COVID-19 ve kronik enfeksiyon grubunun yaş, hastanede kalış süresi, psikososyal uyum, hastalık algısı ve sosyal destek açısından karşılaştırılması....	31
Tablo 4.8. COVID-19 ve kronik enfeksiyon grubunun hastalığın olası nedenlerine yönelik atıflarının karşılaştırılması.....	32

KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

ADV: Adefovir Dipivoksil

AIDS: Acquired İmmune Deficiency Syndrome (Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu)

ART: Antiretroviral Tedavi

COV: Koronavirüsler

COVID-19: New Coronavirüs Disease (Yeni Koronavirüs Hastalığı)

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

EMB: Ethambutol

HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği

HAV: Hepatit A virüsü

HBsAg: Hepatit B Yüzey Antijeni

HBV: Hepatit B virüsü

HCV: Hepatit C virüsü

HIV: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü

IFN-alfa: İnterferon-alfa

INH: İsoniazid

LAM: Lamivudin

PAIS-SR: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği

PEG-IFN: Pegile İnterferon Alfa

PZA: Pranizid

RİF: Rifampisin

SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome (Şiddetli Akut Solunum Sendromu)

SARS-CoV-2: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu Koronavirüsü)

SM: Streptomisin

T.C: Türkiye Cumhuriyeti

UNAIDS: Müşterek Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Programı

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TEŞEKKÜR

‘‘Ben senin kaderini deęiřtiremем, ancak kaderini algılama şeklini değiştirirsem sen kendi kaderini değiştirebilirsin ‘‘ demiş Rollo May.

Yüksek lisans boyunca bana ışık tutan, her zaman beni cesaretlendiren, sabrı ve anlayışıyla her zaman destekleyen, beraber bu süreçte çalışmaktan ve öğrencisi olmaktan gururlandığım değerli danışman hocam Prof. Dr. Nazmiye Yıldırım’a çok minnettarım.

Sultangazi Haseki ve Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yatan bu çalışmaya katkı sunan katılımcılara,

Bu süreçte ve her zaman desteğini hissettiğim arkadaşım Leyla’ya ve bana destek veren çalışma arkadaşım Gurbet’e,

Hayatımın her aşamasında desteklerini her zaman hissettiğim annem Huriye Ay’a, babam Ramis Ay’a ve kardeşlerime,

Çalışma sürecim boyunca her an sevgisini ve desteğini hissettiğim sevgili eşim Lokman Akdaş’a ve son olarak kendime şükranlarımı sunar ve sonsuz teşekkür ederim.

ZÜMRÜT AY AKDAŞ

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Enfeksiyon hastalıkları, hayvandan insana, insandan insana bulaşabilen, mikroorganizmaların neden olduğu hastalıklardır. Tüberküloz, Hepatit, HIV gibi kronik enfeksiyon hastalıklarına dünyada son 20 yılda Ebola, SARS, Kuş Gribi (H5N1), MERS ve 2019'un sonlarında şiddetli akut solunum sendromu koronavirus-2 (SARS-CoV-2)'nin sebep olduğu koronavirus hastalığı (COVID-19) eklenmiştir. Bulaşıcı olmaları, sakatlık ve ölüme sebep olabilmeleri nedeniyle önlenmesi, tanı ve tedavisine yönelik mücadele edilmesi önemlidir. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele tıbbi, hukuki, sağlık sisteminin yönetimi, ekonomik, psikososyal ve etik gibi birçok boyutu içermektedir (1,2).

Tüberküloz, Hepatit, HIV ve COVID-19 tanısı konan hastalarda psikiyatrik morbiditeyi tanımlamaya yönelik çalışmalar literatürde mevcuttur (3-10). Etiyopya'da yapılan bir çalışmada tüberküloz hastalarının psikolojik sıkıntı prevalansı %63.3 olarak bulunmuştur (3). Kronik Hepatit B ve C olan kişilerde yapılan bir araştırmada psikiyatrik morbidite oranının %48.6 olduğu, bunların %15'inin depresyon olduğu bildirilmiştir (4). COVID-19 tanılı hastaların %28.4-60.2'sinde depresyon, %20.8-55.3'ünde anksiyete (5-8) ve %54.1'inde uykusuzluk tespit edilmiştir (5). Ruh sağlığı semptomları olan hastaların, olmayanlara göre daha fazla hastalık şiddetine sahip olduğunu algıladıkları gözlenmiştir (5). Ülkemizde yapılan bir çalışmada COVID-19 hastalarının hospitalize edildikleri ilk günden taburcu olana kadar süreçte sırasıyla anksiyete prevalansı %22.4, %14.5, %9.2 ve depresyon prevalansı %36.8, %42.1, %43.4 olarak belirlenmiştir (9). Tüberküloz hastalarıyla yapılan bir çalışmada anksiyete (%26), depresyon (%60.5) ve yalnızlığın (%49) yaygın olduğu, hastaların damgalamaya maruz kaldığı (%47.6) bulunmuştur (10). Arian ve arkadaşları (2019) da tüberküloz hastalarının %26'sının toplum dışına itileceği kaygısı yaşadıklarını, utanç hissettiklerini saptamıştır. Bu hislerin, hastalığın çevre tarafından tehlikeli, utanılacak bir durum olarak algılanacağı düşüncesiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (11). Ayrıca damgalanmanın psikolojik sıkıntı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (3). Bulaşıcı hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmalarda psikiyatrik morbiditenin yüksek olduğu tutarlı olarak gösterilmişse de hastalığa

psikososyal uyumları hakkında bilgiler yetersizdir.

Hastalığa psikososyal uyum; “sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, ev-aile ilişkileri, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkisi, sosyal çevre ve psikososyal baskı alanlarını içeren, çok boyutlu, kompleks bir süreç” olarak tanımlanmıştır (12). Bir rahatsızlığa karşı iyi psikososyal uyum sağlama, “bedensel ve fonksiyonel durumdaki, kendini algılama gücündeki değişiklikler ve duygusal değişikliklerle bütünleşme”; Kötü uyum sağlama da; “bireyi fiziksel, duygusal ve sosyal olarak olumsuz yönde etkileyen, uzun süren ya da kalıcı olumsuz özelliklerin gelişimden sonra ortaya çıkan durum” olarak açıklanmaktadır (13). Bulaşıcı hastalıklar üzerindeki bir araştırmada hastalığı fark edip, kabullenmenin belirtileri azalttığı ve hastanın iyilik durumunu yükselttiği tespit edilmiştir (14).

Kronik fiziksel hastalığı olan hastalarla yapılan çalışmalarda hastanın hastalığa yüklediği anlam yani hastalık algısı ile psikososyal uyumu arasında önemli ilişki olduğu bildirilmiştir (12,15). Bulaşıcı hastalıklar hakkında hastaların ve toplumun algısı diğer fiziksel hastalıklardan farklıdır; sosyal açıdan modern tarihin damgalayıcı tıbbi konularından biri olmuştur (16). Tüberküloz hastalığının fakir kişiler üzerinde olan kirli bir rahatsızlık olarak görülmesi, hastaların kendilerini başkaları tarafından önemsenmiyor, düşük itibar görüyor olarak algılamaları, sosyal olarak dışlanma duygusunun tıbbi tedavi ve bakım ihtiyacını engellemesi çalışma sonucunda ortaya konmuştur (17). Başka bir araştırmada hastaların tüberküloz hastalığı olduğunu çevrelerinden sakladıkları belirlenmiştir (18). Pakistan’da tüberküloz hastalarının tüberkülozu tedavi edilmez bir hastalık olarak düşündükleri ve hastalıklarını açıklama konusunda isteksiz davrandıkları saptanmıştır (19). Son yıllarda Ullah (2019)’ın çalışması, Pakistan’da HCV’li katılımcıların çoğunun HCV enfeksiyonunu ölümcül bir hastalık olarak algıladıklarını, olumsuz veya tehdit edici inançlara sahip olduklarını göstermiştir. HCV enfeksiyonunun uzun süre devam ettiğine inandıkları ve tedavi kontrolü hakkında daha olumsuz bir algıya sahip oldukları, özellikle geçmişte başarısız anti-HCV tedavi deneyimi olanların tedavi etkinliğine güvenmedikleri saptanmıştır (20). HIV/AIDS hastalığının da bulaşıcı, tedavi edilemez, ölümcül bir hastalık olarak algılandığı (21); hastaların çoğunun damgalanma korkusuyla durumlarını açıklamak istemedikleri, tedavi arayışlarının olumsuz etkilendiği, HIV’in yayılmasını engelleyecek davranışlar sergilemekte isteksiz oldukları ortaya konmuştur (22, 23, 24). COVID-19 pozitif hastalarla yapılan bir çalışmada

da kişilerin olumsuz hastalık algısına sahip olduğu, hastalığı algılamanın psikolojik stres ve yaşam kalitesi üzerinde önemli negatif etkiye sahip olabileceği bildirilmiştir (25). Bireyin hastalığıyla ilgili algısının erken aşamada ele alınması, hasta odaklı tedavi sonuçlarına olumlu katkıda bulunabilecekken, tedavi ekibinin genellikle hastaların kendi kendine tezahür eden algılarından habersiz olması önemli bir sorun olarak belirtilmektedir (20).

Salgın durumunda, karantinada veya izole edildiklerinde de kişilerin sosyal destek kaynaklarına ulaşabilmesi kritik öneme sahiptir. Ruh sağlığı sonuçlarını iyileştirmek amacıyla kişilerin destek sistemlerinin araştırılması ve güçlendirilmesi önerilmektedir (26). Tüberküloz hastalarında yapılan çalışmalarda sosyal destek arttıkça tedaviye uyumun arttığı saptanmıştır (27, 28). Hepatit-C enfeksiyonu olan hastalarla yapılan bir çalışmada %45'inde enfeksiyon teşhisinin ardından en az bir ilişkinin son bulduğu belirlenmiştir (29). HIV pozitif hastalarla yapılan bir çalışmada katılımcıların %48.6'sında depresyon saptanmıştır ve sosyal destek oranı düşük kişilerin, HIV sebebiyle damgalanların depresyona daha yatkın olduğu bulunmuştur (30). Diğer bir çalışmada da HIV saptanan kişilerin %41.2'sinde depresyon belirlendiği ve depresyon düzeyi ile HIV'ın ileri evrede olması, HIV stigmatası, sosyal destek düzeyinde azalma, ilaç uyumunun zayıf olması arasında ilişki olduğu saptanmıştır (31). Sosyal desteğin artırılmasının, HIV olan kişilerde hastalıkla baş etmeyi sağladığı aynı zamanda depresif durumu düzelttiği başka araştırmalarda da belirtilmektedir (32, 33). Lei ve arkadaşları (2020) hiçbir psikososyal destek almayan bireylerin bu pandemi sırasında anksiyete ve depresyona karşı oldukça savunmasız olduğunu bildirmiştir (34). Koronavirüs tanısıyla hastanede yatan kişilerde endişe ve depresyon oranı ile sosyal destek arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır (9). Tüm bu sonuçlar, bulaşıcı hastalıklarda hastaların psikolojik durumlarının, hastalık algılarının ve sosyal destek sistemlerinin değerlendirilmesinin önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak çalışmaların tek bir enfeksiyon hastalığı olan bireylerde yapılmış olduğu görülmektedir.

Literatürde COVID-19 tanısı alan hastalarla, COVID-19 tanısı olmayanların psikiyatrik belirtilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmaya ulaşılmıştır. Bu araştırma COVID-19 hastalarının, olmayanlara göre daha yüksek seviyede depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres belirtileri gösterdiğini ortaya koymuştur (6). Hastanede yatarak tedavi alan COVID-19 hastalarının önemli psikolojik sıkıntı

yaşadığı bildirilmekte ise de hastaların psikososyal uyumunu ve hastalık algısını değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yine sosyal desteğin önemini gösteren çeşitli çalışmalar varsa da bu sonuçların COVID-19 tanısı olan hastalara mı özgü yoksa diğer bulaşıcı hastalıklarla benzer mi olduğu bilinmemektedir. Sonuçta literatür incelendiğinde COVID-19 ve diğer enfeksiyon hastalığı olan hastalarda bu özellikleri/sorunları/değişkenleri birlikte inceleyen çalışmaya ulaşılamamıştır. Hastaların psikososyal uyumunu desteklemek psikososyal bakımın temel amacıdır ve hemşirenin önemli rollerinden biridir. Bu nedenle enfeksiyon hastalığı olan hastaların psikososyal uyum düzeylerini değerlendirmenin ve kronik enfeksiyon hastalığı olanlarla, COVID-19 hastalığı olanların psikososyal uyumunu karşılaştırmanın bulaşıcı hastalıkların etkilerini anlamada yararlı olacağı düşünülmüştür. Aynı zamanda kronik enfeksiyon ve COVID-19 hastalığı olan kişilerin hastalık algısını değerlendirmenin ve karşılaştırmanın değerli katkı sunacağı düşünülmüştür. Bu gerekçelerle çalışmanın amacı, COVID-19 ve kronik enfeksiyonu (Tüberküloz, Hepatit, HIV) olan bireylerin hastalık algılarını, psikososyal uyumlarını, algılanan sosyal destek sistemlerini belirlemek ve iki hasta grubunu incelenen değişkenler açısından karşılaştırmaktır.

1.2. Araştırmanın Soruları

1. Katılımcıların psikososyal uyum, hastalık algısı ve sosyal destek düzeyi nedir?
2. COVID-19 ve kronik enfeksiyon hastalığı olan kişilerin demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri açısından fark var mıdır?
3. COVID-19 ve kronik enfeksiyon hastalığı olan kişilerin psikososyal uyumları, hastalık algıları ve sosyal destek düzeylerinde fark bulunmakta mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Enfeksiyon Hastalıkları ve Bulaşıcı Hastalıklar

Dünyanın en önemli sağlık sorunlarından biri olan enfeksiyon hastalıklarının geçmişi insanlığın geçmişi kadar eskiye dayanmaktadır. Tarihimizde insanın hayatını ve gelişmesini enfeksiyon hastalıkları kadar etkileyen başka bir hastalık bulunmamaktadır (35). Enfeksiyon hastalıkları, eskiden hiç tanınmamış bir mikroorganizmanın sebep olduğu, hastalığın hiç görülmediği bir coğrafyada oluşan, konakçısı hayvan ve insanlardan olabilen, mikrobial evrim sonucu mikroorganizmaların virulansında ve diğer özelliklerinde değişim olabilen, biyolojik silah ve zarara uğratmak amacıyla organizmaların kullanılmasıyla oluşan hastalıklardır (36,39).

Bulaşıcı hastalıklar, enfeksiyon etkenlerinin ya da toksik ürünlerinin bir kaynaktan duyarlı insanlara doğrudan veya dolaylı bir şekilde geçmesiyle görülen hastalıklardır. Bulaş şekli kişiden kişiye doğrudan ya da hayvan, vektör, bitki ya da cansız çevre aracılığıyla dolaylı olabilmektedir (40). Bu hastalıkların bazıları yok edilmiş veya en azından kontrol altına alınmış olsa da yeni ve tekrarlayıcı enfeksiyonlar görülmeye devam etmektedir. Kontrol edildiği düşünülen eski hastalıkların tekrar görülmesi bulaşıcı hastalıkların dinamik yapısını göstermektedir (41). Her hastalığın başlangıçtan iyileşene kadar kendine özel karakteristik etkeni ve doğal seyri vardır. Hatta klinik bulgu vermediği asemptomatik ya da subklinik dönemde de bulaşıcı olabilmektedir (42).

Bulaşıcı hastalıkların her kişide farklı klinik tabloda görülmesi, enfeksiyon etkeninin yanında konak ve çevreye bağlı birçok faktörle ilişkilidir (42). Kişinin enfeksiyonlara karşı direncinde yaş, cinsiyet, eğitim ve kültürel düzeyi, gebelik durumu, yeterli ve dengeli beslenme durumu, bağışıklık durumu, akut travma öyküsü, yaşam şekli değişiklikleri, sosyoekonomik durumlar, damar içi madde kullanımı, ruhsal durum ve bulaşıcı hastalıklar konusunda bilgi eksikliği gibi önemli faktörler rol oynar. Kronik hastalığı olanlar, bağışıklığı düşük olanlar, çocuklar ve yaşlılar bulaşıcı hastalık açısından risk oluşturur (40).

Geçmişte olmuş ve günümüzde devam eden bulaşıcı hastalıklar, salgınlara sebep olabilmeleri, dünya çapında yayılabilmeleri nedeniyle büyük hasarlara yol açabilmektedir. Beraberinde toplumda sakatlık veya ölümlerde artışa neden

olmaları, sağlık hizmetlerine beklenmeyen yükler getirmeleri, yerel ve ulusal ekonomiyi ve sosyal yaşamı etkilemeleri gibi ciddi olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir (43, 44).

2.1.1 Kronik Enfeksiyon Hastalıkları

Tanı ve tedavisi özel deneyim gerektiren ve uzun süren, kronik seyir gösteren enfeksiyonlar kronik enfeksiyon hastalıkları olarak adlandırılır. Kronik Hepatit A, Kronik Hepatit B, Kronik Hepatit C, HIV/AIDS, Tüberküloz kronik enfeksiyon hastalıkları arasında yaygın olanlarıdır (46).

Tüberküloz, ‘‘Myobacterium tuberculosis complex’’ adı verilen bir grup bakteriden meydana gelen, oldukça uzun geçmişe sahip ve tüm dünyada toplum hayatını tehdit eden, bulaşıcı, inflamatuvar, granülomatöz, nekrotizan, akut ya da kronik enfeksiyonel hastalıktır (47). Tüberküloz hastalığı tarih boyunca, insanların yaşamını sonlandırırken erittiğinden ‘‘Tüketim Hastalığı’’ kişileri solgun hale getirdiğinden ‘‘Beyaz Ölüm’’ ya da ‘‘Beyaz Veba’’ ve tarihte çoğu kişinin ölmesine neden olduğundan ‘‘Ölümün Kaptanı’’ gibi adlarla bahsedilmiştir. Türk toplumunda da ‘‘İnce Hastalık’’ olarak isim verilmiştir (48).

Dünya ülkelerinin tümünde görülmekte olan Tüberküloz, gelişmekte olan ülkelerde daha fazla görülmektedir. Tedavisi yıllardır bilinse de tüm dünyada hala en fazla görülen bulaşıcı hastalıklardan biri olup toplumun sağlığını tehdit etmeye devam etmektedir (49). 2019 yılında WHO’nun raporuna göre 2018 yılında 10 milyon kişi yeni tanı almıştır. 2018’de HIV negatif kişiler arasında yaklaşık 1,2 milyon ve HIV pozitif kişiler arasında 251.000 Tüberküloz ölümü meydana gelmiştir (50). Türkiye Verem Savaşı 2020 raporuna göre Türkiye’de 2018 yılında 11.786 Tüberküloz hastası kayıtlara girmiştir. Kayıtlı yeni olgu sayısı insidans ise yüz binde 14,1’dir. (51).

Tüberkülozda birinci enfeksiyon sebebi sadece deri testinin pozitifleşmesiyle olmaktadır. Bazı zamanlar kişinin doktora gitmesine sebep olacak derecede ateş ve kuru öksürük görülür. Enfeksiyonun hızlı bir şekilde ilerlemesiyle birlikte hastalığın erken aşamada belirti göstermesine pulmoner tüberküloz denilir. Tüberküloz çoğunlukla geç reaktivasyon tüberkülozu olarak görülmektedir. Belirtiler gizli olarak ürperme, gece terlemesi ve halsizlikle başlar; hastaların yarısında ateş, çeyreğinden daha azında hemoptizi dikkat edilen bulgulardandır (52). Tüberküloz tedavisinde: aktif tüberkülozluların belirlenip tedavi edilmesi, bulaşmanın ortadan kaldırılması, aşılama ve koruyucu tedavi gibi

yöntemlere başvurulmaktadır (53,54). İlk defa 1950 yılında üçlü tedavi rejimi ile standart tedavi olarak altı aylık tedavi sürecinin kullanımı yapılmıştır (PZA, INH, RIF). Daha dirençli kişilerde bu tedaviye ek olarak SAM ve EMB kullanılır ve tedavi sürecinin dokuz ya da on iki ay olması önerilmektedir (53). Hastalığın bulaşması aşamasında kişilere tüberküloz izolasyonu sağlanır. Bu süreçte aile bireyleriyle yakın teması önlenir. Hasta kişilerin yakınlarının izlenmesi önemlidir. Hasta temaslılarına izoniazid ile koruma tedavisi uygulanmalıdır (52).

Hepatit A virüsü (HAV), Hepatit B Virüsü (HBV) ve Hepatit C virüsü (HCV) yaygın görülen bulaşıcı hastalıklara yol açan diğer enfeksiyonlardır. HAV Picornaviridae ailesi Hepatovirüs genusunda yer alır (56). HAV insandan insana direkt temasla veya kontamine su ya da gıdanın alınmasıyla fekal-oral yolla bulaşmaktadır (57). Bulaşma aynı zamanda HAV ile kontamine kan ve kan ürünleriyle de gerçekleşmektedir (58). Fekal-oral yol dikkat gerektiren bulaşma sebebi olduğundan yeterince alt yapının sağlanması, suyun temiz olması ve sağlıklı gıdaya ulaşım ve gerekli hijyenin oluşturulması, kişilerin hijyen hakkında eğitilmeleri bulaşma sıklığına etki eden faktörlerdendir (59). Hepatit A ateş, anoreksi, bulantı, kusma, ishal, kas ağrısı ve halsizlik gibi belirtilerle başlar. Sarılık, koyu renkli idrar ya da açık renkli dışkı başlangıçta mevcut olabilir ya da diğer belirtilerden birkaç gün sonra görülebilir (60). HAV'ın inkübasyon süresi ortalama 28 gün olmakla beraber 15-50 gün arasında değişebilir (61). Hepatit A, koruyucu aşıyla ile önleneyen bir hastalıktır (62).

Hepatit B Virüsü, kronik rahatsızlığa neden olan ve hayatı tehdit altında tutabilen viral enfeksiyonunun sebep olduğu bir karaciğer inflamasyonu olarak belirtilir (63, 64, 65, 66). Dünyada yılda 1,1 milyon kişinin viral hepatitler sebebiyle hayatını kaybettiği, Kronik Hepatit B enfeksiyonu olanların %10'nun tanı aldığı ve bu kişilerinde %22'sinin tedaviye erişebildiği bulunmuştur (67). Dört önemli bulaş yolu vardır; anneden bebeğe bulaş, enfekte olanlara temas edilmesiyle, cinsel temasla, kan yoluyla veya başka enfekte olmuş sıvılarla bulaş olmaktadır. Bu virüs, en az yedi gün çevresel yüzeylerde canlı durabilir (68). HBV enfeksiyonlarının tanısını oluşturmak için hastanın serumundaki Hepatit B virüsü antijenlerini veya onlara karşı meydana gelen antikorları belirlemek için serolojik testlerden fayda sağlanmaktadır (64). Hepatit B enfeksiyonunda tedavide amaç hastalığın ilerlemesinin sonlandırılması, hepatosellüler kanser gelişiminin engellenmesi ve karaciğerde histolojik düzelmenin oluşturulmasıdır (69). Kronik

hepatit B enfeksiyonunun tedavisi için İnterferon-alfa (IFN-alfa), Lamivudin (LAM) ve Adefovir dipivoksil (ADV) onay almış üç ilaç tedavisidir (70).

Hepatit C virüsü flavirus familyasında hepacivirus türünün tek üyesi olan, 30-60 nm çapında, hepatotropik, küre şeklinde, lipid zarflı, tek zincirli ve pozitif RNA'ya sahip virüsdür (64,71). HCV enfeksiyonu duyarlı testlerin geliştirilmesiyle birlikte anti-HCV seroprevalansı çalışmaları neticesinde dünyada sık bir şekilde görüldüğü belirtilmiştir. Enfeksiyonun dünyadaki genel görülme sıklığı %3, Türkiye'de sıklık %5 ile %1 arasındadır (72, 73, 74, 75, 76). Kronik viral hepatitlerin ve kan transfüzyonunun ardından gelişen en çok sebebini %50-80 oranında Hepatit C virüsü oluşturur. Genelde HCV enfeksiyonu olanların %25'inde sarılıkla görülen akut hepatit oluşabilir. Akut enfeksiyon olan kişilerin %15'i hastalığı bedenlerinden atarak iyileştikleri, %80-85'inde hastalığın kronikleştiği görülmüştür. Bu hastaların %10-20'lik diliminde 5-30 yıl sürede siroz gelişir aynı zamanda %15'inde hepatosellüler karsinom, transplantasyon gereksinimi veya ölüm meydana gelir. Dünyada sirozun %27'si, hepatosellüler karsinomun %25'i Hepatit C virüsüyle alakalıdır (77,78). Hepatit B ve C enfeksiyonunun bulaşma nedenleri benzemektedir ve hastalıktan korunmak amacıyla korunma için immünizasyon haricinde aynı tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Son beş yıl içinde PEG-IFN ile birlikte ribavirin tedavisi, kronik hepatit C'nin bilinen rutin tedavisidir (79). 12 aylık interferon tedavisine ribavirin eklendiğinde yanıt oranı %41'lere yükselmektedir (80).

Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Virüsü'nün enfeksiyon ajanı olan HIV, hayat boyu kompleks bir tedavi gerektiren insan bağışıklığının azalmasıyla hastanın fırsatçı enfeksiyonlara açık hale gelmesiyle birlikte oluşan bir hastalıktır (81). HIV kişinin vücudundaki immün sistemi bozmaktadır. Bağışıklık sisteminin savunmasız olmasıyla birlikte HIV ile tanışmadan hastalık oluşturmeyen virüsler, bakteriler ya da mantarlar artık önemli enfeksiyonlara sebep oluşturabilir. Buda AIDS olanların basit enfeksiyonlar sebebiyle yaşamlarını yitirmelerine neden olur (82). Dünyada bir gün içerisinde 14.500, dakikada 10 yeni kişi HIV ile karşılaşmaktadır (83). Birleşmiş Milletler HIV / AIDS Ortak Programı (UNAIDS) 2022 açıklamasında 2021 yılında dünyada 1,5 milyon kişi HIV ile enfekte olmuştur. Bu yılda 650.000 kişi AIDS'e bağlı hastalıklardan yaşamını yitirmiştir (84). Ülkemizde ilk kez 1985 yılında HIV/AIDS ile enfekte olmuş kişi saptanmış ve bu tarih itibariyle hasta sayılarında çoğalma devam etmiştir (85). T.C Sağlık

Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı 2020 istatistiklerinde 1985 yılıyla 31 Aralık 2021 tarihleri arasında doğrulama testi pozitif 30,293 HIV pozitif kişi ve 2083 AIDS olgusu saptanmıştır (86).

İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü dört vücut sıvısı yoluyla kişilere bulaşmaktadır. Kan yoluyla, anne sütünden, meni, vajinal ve anal sekresyonlarla bulaşım olmaktadır. Fakat tükürükte, gözyaşında, ter, idrarda neredeyse bulunmamaktadır. Zarfsız bir virüs olmasından dolayı vücudumuzun dışında canlı kalamamaktadır (82). Korunmasız cinsel ilişki, HIV aktarımının yaklaşık %80-85'ini oluşturmaktadır. HIV ile bulaşım olmuş kanın transfüzyonu sonrasında aktarım riski %90-100'dür (87). Kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu öncesinde, 1985 yılından itibaren rutin HIV tarama testlerinin uygulanması kan yoluyla bulaşı oldukça azaltmıştır (88). Anneden bebeğe aktarım ise hamilelik süreci, doğum sırasında ve emzirme sürecinde olmaktadır (89). HIV tanısında en çok serolojik testler kullanılır. Testler, belirtilere bağlı olarak kişinin isteği durumunda, bunun dışında kişi ve toplum sağlığının korumak amacıyla gebelik süreci, cerrahi operasyon öncesi, evlilik öncesi yapılan tarama testleri ve kan alımı sırasında zorunlu olarak yapılmaktadır (90).

İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü kompleks bir yapıya sahiptir bu sebeple hastalığın seyri çeşitlilik gösterir. Hastalığın klinik seyri beş döneme (Akut Retroviral Sendrom dönemi, Erken Evre Hastalık dönemi, Orta Evre Hastalık dönemi, Geç Evre Hastalık dönemi ve İleri Evre Hastalık dönemi) ayrılmaktadır (91). HIV tedavisinde kullanılan yöntemle "antiretroviral tedavi"(Antiretroviral therapy-ART), kullanılan ilaçlara ise "antiretroviral ilaç" (Antiretroviral drugs) denilmektedir (92). Yüksek seviyede HIV riski olan kişiler virüsün vücuda tutunması ve yayılmasını engellemek amacıyla "ön-maruziyet profilaksi" adlı ilaç rejimi kullanılmaktadırlar (93). "Maruziyet sonrası profilaksi" ise, HIV'e maruz kaldıktan sonra, enfekte olmayı engellemek için antiretroviral ilaç kullanımının olduğu zamandır ve ortalama 72 saat sonrasında ilaç alımına başlanır. Düzenli bir tedavi değildir ve acil durumlarda kullanılmalıdır (94). HIV'nün tedavisi hayat boyunca devam etmektedir ve tedavide alınan ilaçların düzenli bir şekilde alınmasına dikkat edilmelidir (92).

2.1.2 Koronavirüs Hastalığı

Koronavirüsler (COV) yaşamdaki insan ve hayvanlarda hastalık yapabilen geniş virüs familyasını oluştururlar (95,96). Daha önceleri insana duyarlı altı tip

koronavirüs tanımlanmıştır (97). İzole yapılan yeni tür koronavirüs familyasının yedinci üyesi olmaktadır. Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi Koronavirüs Çalışma grubu, yeni tür koronavirüsü Ciddi Akut Solunum Sendromu Koronavirüs-2 (SARS-Cov-2) olarak isimlendirilmesini önermiştir (98).

SARS-Cov-2'nin sebep olduğu koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) yılında kısa zamanda dünyaya yayılmıştır. Pandemi olarak açıklandığı tarihte (11 Mart 2020) ülkemizde de ilk vaka açıklanmıştır (99). Dünyada DSÖ 20 Mayıs 2020 verilerine göre 4.789.205 olgu, 318.789 ölüm meydana gelmiştir (100). Dünyada DSÖ 19 Ağustos 2022 verilerine göre 591.683.619 vaka, 6.443.306 ölüm meydana gelmiştir (101). Ülkemizde ise 20 Mayıs 2020 verilerine göre 152.587 olgu, 4.222 ölüm meydana gelmiştir (102). Ülkemizde 08-14 Ağustos 2022 verilerine göre 143.778 olgu, 342 ölüm saptanmıştır (103).

Ciddi Akut Solunum Sendromu Koronavirüs-2'nin bireyden bireye bulaşım şekli tamamen bilinmemekle beraber influenza gibi solunum damlacıkları ile olduğu tahmin edilmektedir. Koronavirüs pozitif kişilerin öksürmesiyle, hapşırmasıyla ya da konuşmasıyla damlacıkla virüs, direk temasla kişiden kişiye bulaşmakta veya virüsün olduğu ortamlara dokunmakla birlikte ellerin burna, ağız ve ağız mukozasına temas etmesiyle oluşabilmektedir (104). Olgular epidemiyolojik özelliklerine bakıldığında ortalama inkübasyon süresinin 2-14 gün olduğu görülmüştür. Yapılan meta-analiz incelemesinde inkübasyon süresinin ortalama 5.84 gün olarak gözlemlendiği belirtilmektedir (105, 106).

Koronavirüs vakaları için bildirilen yaygın semptomlar ateş, öksürük, kas ağrısı ve yorgunluktur. Bu semptomlar COVID-19'a özgü değildir, diğer grip gibi virüs bulaşmış hastalıkların belirtilerine benzemektedir (107). Bildirilen tanı almış olgularda %90-98'inde ateş, %70 kişide halsizlik, %60 kişide kuru öksürük, %50-60 kişide nefes darlığı, yarısına yakın kişide kas ağrısı belirtileri saptanmıştır. Gastrointestinal şikayetler (karın ağrısı, kusma, diyare) Uzakdoğu olgularında %5-10 aralığındayken ülkemizde daha çok olduğu tahmin edilmektedir (108).

Tüm kişiler koronavirüse duyarlıyken, erkekler, elli yaşın üstündeki kişiler, (kalp rahatsızlığı, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabet, malignite vb.) kronik rahatsızlığı bulunanlar daha çok riskli belirtilmiştir. Özellikle de bu grubun tedavisinde hastaneye yatış gerekli olabilmektedir (109).

2.2 Psikososyal Uyum

Uyum kelimesi, literatürde birbirinin yerine kullanılabilen ingilizce olarak “adaptation” ve “adjustment” kelimeleri ile ifade edilmektedir. Aynı zamanda “başa çıkma, kabul etme, psikososyal iyileşme ve benimseme” kelimeleri de uyum kelimesi yerine kullanılabilmektedir (110). Uyum yeni bir duruma, organizmayı tehdit eden sebebe karşılık, homeostatik dengeyi sağlamak amacıyla fizyolojik, psikolojik sosyokültürel düzeyde geliştirilen durumları kapsayan süreçtir (111). Uyum süreci, biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, manevi (spiritual) alanlara göre incelenmektedir. Psikolojik olarak bakıldığında uyum süreci karmaşıktır, sadece davranış boyutunda ele alınabilmektedir. Kişinin ihtiyaçlarıyla çevrenin gereksinimleri arasındaki göreceli uyum derecesi olarak tanımlanmaktadır. Duygusal uyumumuz; geçmiş yaşam deneyimleri ve baş etme mekanizmalarını nasıl kullanacağımızdan oluşmaktadır. Sosyokültürel uyumumuz ise aile, yakın çevre ve toplumla ilişkileri, toplumsal norm ve değişimlerden meydana gelmektedir (112).

Gilligan (1997) psikososyal uyumu, kötü durumları atlatabilme yeteneği olarak belirtmiştir (113). Başka ifadesinde ise kişinin yaşadığı kötü durumlarla başa çıkma, geçmiş ruh yapısına dönebilme veya zorlukla mücadele edebilme kapasitesi olarak tanımlamaktadır (114). Kim ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada psikososyal uyum kavramını bütün olma, cesaretli ve akıllı olma, duygusal üstünlük ve hareketin devam etmesi şeklinde beş temel unsur çerçevesinde ele almışlardır (115). Değişen ve gelişen olaylar, çevreden gelen etkiler, kompleks yaşam deneyimleri kişinin uyum sağlamasını gerektiren durumlardır (116).

Hastalık durumu, kişiler için farklı anlamlar taşıyan bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir, insanın dengesini bozabilmekte, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan uyum sağlamayı gerektirmektedir (112). Hastalık sürecinde; aile ve sosyal çevre ilişkileri, sağlık, eğitim iş hayatında uyum problemleriyle karşı karşıya kalınmaktadır. Bunun yanında ekonomik, psikolojik, fiziksel, sosyal güçlükler meydana gelmektedir. Dolayısıyla hastalığa psikososyal uyum; ev-aile ilişkileri, geniş aile ilişkileri, mesleki çevre, sosyal çevre, cinsel ilişkiler, sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, psikososyal baskı alanlarından oluşmaktadır (12). Hasta bireyin psikososyal uyum sağlamasına yardım, durumunu kabullenip başa çıkma yöntemlerini kullanarak, psikososyal uyumun tüm alanlarında uyumlu davranış ve tutumları sergileyebilmesi amacına ulaşmayı ifade eder (112).

Kronik enfeksiyon hastalığı olan kişilerin tepkileri değişkenlik göstermektedir. Aktif tüberküloz hastası üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların hastalıklarına üzülmeye, kabullenme, korku, karamsarlık, endişe, öfke gibi tepkiler gösterdikleri, ayrıca çoğunun damgalanma ve toplum tarafından dışlanmaya maruz kaldıkları saptanmıştır (117). Tüberküloz hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada kişilerin hastalığı reddetme, depresyon, sosyal damgalanma, sosyokültürel özellikler, sağlık inanç ve tutumu, tedavi maliyeti, tedavi sürecinde yaşanan deneyimler, sağlık kurumunda verilen hizmetlerle ilgili algılar gibi faktörlerin hastalarda psikososyal uyumu bozarak tedaviyi olumsuz etkilediği bulunmuştur (118). Hindistan'da tüberküloz tedavisine uyumsuz 40 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %72.5'inin sosyal damgalanma ve ayrımcılık yaşadıklarını, %50'si ise iki aylık tedavi sonrası kendilerini iyi hissetmeleri sebebiyle tedaviyi bıraktıklarını ifade etmişlerdir (119).

İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü hastaları geleceğe yönelik planlarda, hedeflerinde ve rollerinde, günlük rutinlerde, arkadaş ilişkilerinde ve sağlığını sürdürülmesinde, fiziksel görünümünde farklılıkların yanında maddi durumda ve mutlu olmasına sebep olan durumlarda kayıplar yaşadıkları görülmüştür (120). Bu kişilerde ruhsal sorunlar, benlik saygısının düşmesi, kırılmanın çoğalması, sosyal ortamdan kendini izole etme ve uyku sorunları sık görülen psikolojik uyum problemleridir (121). Bu hastaların yaşadığı sosyal stigma ve ayrımcılık, sosyal destek ve özgüvenin azalması kişilerin depresyon, endişe, umutsuzluk, emosyonel sıkıntı gibi ruh sağlığı rahatsızlıklarına elverişli duruma getirmektedir (23). HIV hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada bu hastalara tanının sonrasında sağlık davranışlarını farklılaştırma, hastalıklarıyla ya da tedavileriyle alakalı endişe duyma, yanlış ve eksik bilgilerle karara varma, tedavinin yan etkileri ve ölümcül bir hastalığın olması gerçeğiyle mücadele etme sıkıntılarıyla yüzleştiklerini bildirmişlerdir. Bunun yanında çalışmada hastalarda yüksek seviyede depresyon, anksiyete ve post travmatik stres bozukluğu olduğu bulunmuştur. (122).

Bulaşıcı hastalık salgınlarında kaygı, utanç duygusu, bireyin ve toplumun başarısızlığı ve zayıflığı, hayatta kalma olasılığının küçümsenmesi, enfeksiyon olasılığının olduğundan daha çok tahmin edilmesi gibi tepkiler görülmektedir (123,124). Salgınlarda olan sorunu çözme ve baş etme çözümleri işe yaramadığında toplumsal olarak uyumda bozulma ve panik yaşanabilmektedir (125). Hong Kong'da SARS salgını sonrası yapılan bir araştırmada katılımcıların

%62-73'ünde SARS sebebiyle dehşet yaşadıkları, panik duydukları ve ümitsizlik hissettikleri bulunmuş, iyi bakımda ise %60'dan çoğunun aile bireylerinin duygularına önem verdikleri, duygularını önemsedikleri, %70'inin psikolojik sağlıklarını dikkate aldıkları, %35-40'ının dinlenme ve egzersiz yapma konularına daha fazla zaman ayırdıkları belirtilmiştir (126).

2.3 Hastalık Algısı

Hastalık algısı, kişilerin bir rahatsızlık ya da belirtille alakalı düşünce ve ümitlerinin görünüşüdür. Bu tanım Leventhal'in "öz düzenleme (self-regulation) modelini" esas alır. Bu model, bireylerin bir sağlık tehdidi veya teşhisi sırasında semptomlarını ve deneyimlerini nasıl anlamlandırdıklarını ve daha sonra belirli başa çıkma davranışlarını nasıl izlediklerini açıklayan bir çerçeveyi temsil eder (127). Buna göre insanlar onlara somut veya soyut kaynaklardan bulunan veriler aracılığıyla kafalarında hastalık ya da hayatını tehlikeye sokan başka olaylarla alakalı şemalar oluşturur. Oluşan bilişsel model kişinin inanç, yorum, duygusal ve davranışsal tepkilerini içerir (128).

Hastalık algısı beş unsurdan meydana gelir. Bunlar rahatsızlığın kimliği, sebepsel atıflar, zamansal inançlar, kontrol ya da tedavi hakkındaki inançlar ve sonuçlarıdır (129). Hastalığın kimliği ile kastedilen hastalıklara ve ona özgü belirtilerine dair bilinenlerdir. Örneğin, soğuk algınlığı gibi bir hastalıkta belirtiler iyi bilinmekteyken, daha az karşılaşılan başka bir rahatsızlıkla alakalı eksik bilgiye sahip olunabilir. Bu eksik bilgiden dolayı bireyler yanlış inançlar geliştirebileceğinden hastalığın kimliği önemlidir (130). Bangladeş'te COVID-19 hastalığına yönelik bilgi ve algıyı değerlendirmek için rastgele seçilen 435 kişiyle bir araştırma yapılmıştır. Araştırma verileri meslek, yaş gibi faktörlerin yetersiz bilgi ve kötü COVID-19 algısı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (131).

Nedensel atıflar, rahatsızlığın neden olduğuna dair inançlardır ve kişilerin tedavi aşamasındaki düşünce ve hareketlerini etkiler. Örnek olarak kalp rahatsızlığı olan bir kişi hastalığının nedenini yağlı besinler yemek ve sigara kullanmak gibi sebeplere bağlıyorsa davranışını farklılaştıracaktır. Bunun yanında kişi kendini neden olarak görüyorsa hastalığa ve tedaviye cevabı olumsuz etkilenebilmektedir (130). Hastalık, savaşılmaması gereken bir durum olarak düşünüldüğünde, birey rahatsızlığı yenmek için çaba gösterir. İşlevini kaybetmiş durumları düzeltmek için tavsiye, tedavi ve iş birliği arayarak rahatsızlığa uyum sağlar. Hastalığı tehdit ya da hak edilmemiş bir ceza gördüğünde ise, sıklıkla

endişe, depresyon, korku ve öfke tarzında duygusal belirtiler göstermektedir (132).

Ullah ve arkadaşlarının (2022) Pakistan’da HCV’li bireylerin hastalık algısını belirlemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, katılımcıların HCV enfeksiyonunu ölümcül bir hastalık olarak, genellikle tehdit edici algıladıkları, Hepatit C enfeksiyonunun uzun süre devam ettiğine inandıkları ve gelecekteki sağlıklarından endişe duydukları tespit edilmiştir. Bu sonuç özellikle geçmişte başarısız IFN bazlı HCV tedavi rejimlerinden geçen kişilerde daha belirgin olduğu belirlenmiştir. Karaciğer sirozu olan bireylerin de HCV ile ilgili daha şiddetli semptomlar yaşama olasılığının daha yüksek olduğu ve bu nedenle hastalığın ilerlemesi konusunda daha fazla endişe hissettikleri saptanmıştır (127). Tayland’da HCV’li bireylerde yürütülen bir çalışmada da benzer bulgular gözlenmiştir (133). Yine yapılan diğer çalışmalarda hastalarda kötü HCV algısının olumsuz duygu ve kaygılarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (134,135). Kötü hastalık algısının depresyon ve anksiyete düzeyinin yüksek olmasıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (136). HCV’li kişilerde yapılan başka bir çalışmada pozitif hastalık algısının hastalarda ruh sağlığını iyileştirdiği ve madde kötüye kullanımını azalttığı bulunmuştur (137).

Birçok araştırma hastalık algısının kişilerin sağlıkla ilgili sonuçlarıyla bağlantılı olan baş etme davranışlarını etkilediğini göstermektedir (138,139). Koronavirüs salgını sonrası yapılan bir çalışmada, sağlık arama davranışlarına daha çok dikkat eden bireylerde daha fazla koronavirüs korkusu ve sağlıklı olduğuna ilişkin algısı fazla olan bireylerde ise koronavirüs korkusunun daha az olduğu saptanmıştır (140). Başka bir çalışmada, kişinin kendisini COVID-19’a karşı savunmasız olarak algılamasının, koruyucu davranışlar benimsemeye motive ederek uyum sağlayıcı işlevlere yönelttiği de bildirilmiştir (141). Hastalık algısı ve sağlık arama davranışı hastaların yaş, cinsiyet ve çalışma durumu gibi sosyodemografik özelliklerinden de etkilenmektedir (142,143).

2.4 Sosyal Destek

Sosyal destek, kişinin etrafından gördüğü güvenli ve empatik davranış, alaka, sevgi, saygı ve takdir görme, bilgi alma ve maddi açıdan destek gibi kişisel, psikolojik, sosyal, ekonomik yapıda yardımlar bütünüdür (144). Bu terim, kişinin diğer insanlar tarafından hoş görülmesi, güven hissedebilmesi ya da sorumluluk alabilmesi için gerekli olan özgüveni kişiye sağlayabilmektir (145). Ardahan

(2006) sosyal desteği, “kişinin hayatında öneme sahip olan, ihtiyaç duyulduğunda kişiye ruhsal, maddi ve bilişsel destek veren, sağlığı koruma hedefli sosyal destek düzenekleri” olarak tanımlamıştır (146). Rambod’un ifadesinde ise bu kavram; ruhsal, emosyonel ve mali bakımdan birlikte olan kişilerin birbirlerine sağladığı desteği ifade eder (147). Schafer ve Moss’a (1998) göre sosyal destek, kişinin etkili baş etme becerileri kullanmasını, hayat krizini daha iyi bir şekilde değerlendirmesini ve anlamasını sağlamaktır. Bir başka tanımda sosyal destek, kişinin ilgi ve sevgi gördüğünü, saygı gösterildiğini ve karşılıklı bağlanmalardan meydana gelen bir sosyal, ilişkinin üyesi olarak algılamasını sağlayan kavram olarak açıklanmıştır (148). Algılanan sosyal destekse “kişinin diğerleri ile güvenilir ilişkiler kurduğuna ve destek göreceğine ilişkin düşünmesidir. Başkalarından gördüğü sevgi, saygı ve sosyal ilişkinin öznel olarak bilişsel süreçte tasarlanmasıdır ” (149).

Sosyal desteğin kaynakları informal (resmi olmayan) ve formal (resmi) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. İnfomal destek kaynakları kişinin yakın olduğu kişiler ve destek olan diğer kişiler; formal destek kaynakları ise resmi kurumlar, kuruluşlar ve sivil toplum örgütleridir (150). Sosyal destek üzerine yapılan çalışmalar sonucunda dört sosyal destek türü bulunmuştur. Bunlar duygusal ve araçsal destek, bilgi desteği ve eşlik etme desteği şeklindedir (151). Sosyal destek türleri içerisinde duygusal destek, bakım ve ilginin sözel ve sözel olmayan iletişimini ve dinlemeyi, orada olmayı, empati yapmayı, güven vermeyi, rahatlamayı sağlamaktadır (152). Bilgi sağlayıcı destekte kişi hastalıkları üzerinde baş etme stratejisi sağlayarak kontrol algılarını geliştirebilmektedir. Kişi olumlu bir bakış açısına sahip olur (153). Araçsal destek ise kişilere ulaşım, para ve iş yerlerinde yardım gibi ihtiyaçların karşılanmasıdır. Diğer destek türlerinden farklı olmasının nedeni sorunun kendisi dışında başkaları tarafından çözümleniyor olmasıdır (154). Destek türlerinden son olan eşlik etme desteği ise hastaların günlük işlerinde ve boş zamanlarında kendileriyle eşlik edebilecek kişilerin olabileceğine dair algısı diye belirtilmektedir (155). Belirtilen bu destek, kişilerin problemleri hakkında birileriyle sohbet ederek rahatlamasını, zorlayıcı duygularının azalmasını ve davranışlarını iyi yönde düzenlenmesini sağlamaktadır (156). Bireyler için sosyal desteği kimlerden aldığı da önemlidir. Kişilerin sosyal desteği almasında en önem verdiği kaynak aile bireyleridir (157). Bir araştırmada aile içindeki duygusal yardımın en çok eşlerden, ensturmental yardımında

çocuklardan görüldüğü saptanmıştır (158). Bilgilendirici desteğin ise doktorlar tarafından alındığında etkili olduğu bulunmuştur (159).

Yapılan araştırmalarda, biyopsikososyal sıkıntıların çözülmesi, engellenmesi ve iyileştirilmesi hakkında aynı zamanda savaşılmaması gereken güç olayların baş edilmesinde sosyal destek sistemlerinin kişiler için en güç verici kaynaklar olduğu gösterilmiştir (160). Sosyal destek ağları özellikle aile ağları, kronik hastalığı olan kişilerde motivasyonu ve baş etmeyi pozitif bir şekilde etkilemektedir. Aynı zamanda hastalığa uyumu kolaylaştırmakta ve sağlıklı yaşam etkinliklerine karşı isteği artırmaktadır (161). Zor durumda olan veya sıkıntı sürecindeki kişiye, ailedekilerin, akraba çevresinin yanında başka toplumsal ilişkiler olarak ifade edilen sosyal destek kavramının, fiziksel sağlık veya kendini iyi hissetme konusunda etkili olduğu belirtilmektedir (162). Ruh sağlığı alanında yapılan bir çalışmada, algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesi ve ruhsal sağlıkla alakalı olduğu saptanmıştır (163). AIDS'e sahip 226 erkekte hayat kalitesinin sosyal destek, başa çıkma ve depresyonla alakasını inceleyen çalışmada, baş etmeyi öğrenen ve sosyal desteği sağlayan kişilerin yaşam kalitesinin yükseldiği bulunmuştur (164). Hepatit C hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların daha düşük sosyal desteğe sahip olmaları; yalnız yaşamak, işsiz olmak, antiviral tedaviden dışlanmak, psikiyatrik komorbiditelere sahip olmak, damardan ilaç kullanımı yoluyla HCV'ye yakalanmak, yüksek düzeyde anksiyete ve depresyona sahip olmak ve negatif duygudurum durumu ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur (29). Çin'de COVID-19 pozitif 35 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada daha iyi sosyal destekle, hastalıktan iyileşme ve psikolojik semptomlarında iyileşme arasında ilişki saptanmıştır (165). COVID-19 pandemisi sırasında algılanan sosyal desteğin depresyon ve uykudaki rolü üzerine yapılan bir araştırmada kendini izole eden kişilerin önemli ölçüde daha yüksek depresyon, sinirlilik ve yalnızlık yaşadığı saptanmıştır. Algılanan sosyal desteği düşük olanlara kıyasla, daha yüksek düzeyde sosyal destek bildiren kişilerde, yüksek düzeyde depresyon belirtileri riski %63 daha düşük bulunmuştur. Benzer şekilde, sosyal desteği yüksek olanlar, sosyal desteği düşük olanlara göre %52 daha düşük uyku kalitesi riskine sahipti. Yüksek seviyede depresyon riski ya da düşük derecede uyku kalitesi ile sosyal desteğin önemli seviyede alakalı olduğu bulunmuştur (166). Yine pandemide yapılan bir çalışmada mahalle sosyal desteğinin, psikolojik sıkıntıyı azalttığı ve COVID-19 ile ilgili stresörlerin etkisini

tamponlayabildiği, arkadaşlardan ve akrabalarından gelen desteğin ise stresle başa çıkmayı sınırlı bir şekilde etkilediği bulunmuştur (167).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, COVID-19 ve diğer enfeksiyon hastalığı olan kişilerin hastalık algılarını, psikososyal uyumlarını ve algıladıkları sosyal destek sistemlerini belirlemek ve iki hasta grubunu bu değişkenler açısından karşılaştırmayı amaçla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Şekli

Çalışma tanımlayıcı, kesitsel bir anket araştırmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma İstanbul ilinde bulunan Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Servisinde Ocak 2021 - Ocak 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı zaman aralığında Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Servisinde yatarak tedavi gören 260 kişi arasından aşağıdaki kriterleri karşılayan 100 katılımcıyla gerçekleştirilmiştir.

Dahil olma kriterleri: Türkçe anlayıp konuşabilen, en az okuryazar olan, kronik enfeksiyon (Tüberküloz, Hepatit, HIV) veya COVID-19 hastalığından en az birine sahip olan ve gönüllü olarak araştırmayı kabul eden yetişkin (18 yaşından büyük), organik ya da mental rahatsızlığı bulunmayan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

Dışlama kriterleri: Tüberküloz, Hepatit, HIV/AIDS, COVID-19 tanısı dışında bir nedenle serviste yatarak tedavi gören, tıbbi ve mental durumu soruları yanıtlamasına izin vermeyecek düzeyde olan hastalar dışlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın genellenebilirliği sınırlıdır çünkü bir ilde ve yalnızca bir hastanede yapılmıştır. Ayrıca çalışmada kullanılan ölçekler öz-bildirim araçları olduğundan, veriler katılımcıların yanıtlarıyla sınırlıdır. Çalışmanın, pandeminin ilerleyen aşamasında ve aşının bulunduğu zamanda yapılmış olması katılımcı sayısını, profilini etkilemiş olabilir.

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Veriler bilgilendirilmiş onamı takiben kişisel bilgi formu (EK-1), Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (EK-2), Hastalık Algısı Ölçeği (EK-3), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK-4) ile elde edilmiştir.

Kişisel Bilgi Formu: Bu form araştırmaya katılan hastaların demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim seviyesi, çalışma durumu, mesleği, ekonomik yapısı, kimlerle birlikte kaldığı) ve sağlık durumuyla ilgili bilgilerini (tıbbi tanı, hastalık süresi, hastanede yatış süresi, ek kronik hastalık varlığı) içermiştir. Formda ayrıca, “Çevreniz tarafından hastalığınızdan dolayı damgalandığınızı, dışlandığınızı hissediyor musunuz?” sorusu yer almıştır.

Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği: Hastalığa psikososyal uyumu ölçen araç, 1983 yılında Derogatis ve Lopez tarafından geliştirilmiştir. Soru sayısı 46’dır ve “Sağlık Bakımına Oryantasyon” (8 soru), “Mesleki Çevre” (6 soru), “Aile Çevresi” (8 soru), “Cinsel Yaşam” (6 soru), “Geniş Aile İlişkileri” (5 soru), “Sosyal Çevre” (6 soru), “Psikolojik Baskı” (7 soru) olmak üzere yedi alt ölçeği vardır. Her soruda uyum derecesini 0 (en olumlu yanıt) ile 3 (en olumsuz yanıt) puan arasında belirleyen dört ifade bulunmaktadır. Bu ölçekle yapılan araştırmalarda 35 altı puanlar iyi psikososyal uyum, 35-51 aralığında ki puanlar orta derecede psikososyal uyum, 51 üstü puanlar kötü uyum olarak belirtilmektedir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Adaylar (1995) tarafından gerçekleştirilmiştir (168). 2007 yılında Talaz diyabetik hastalarda güvenirlik çalışmasıyla PAIS-SR'nin cronbach alfa değerini 0.87 olarak saptamıştır (169). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.94 olarak bulunmuştur.

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ): Hastanın rahatsızlığı hakkında belirtileri, anlayabilmesi, nedenleri, süresi, kişisel ve tedavi kontrolü, sonuçları açısından görüşlerini değerlendiren, Weinmann (1996) tarafından geliştirilmiş ve Moss - Morris ve arkadaşları tarafından (2002) yenilenmiş bir ölçektir (170). Kocaman ve arkadaşları Türk toplumunda geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştirmiştir (12). Ölçekte “Hastalık Belirtileri” (14 hastalık belirtisi), “Hastalık Hakkındaki Görüşleri” (38 madde ve 7 alt ölçek) ve “Hastalık Nedenleri” (18 madde ve 4 alt ölçek) olmak üzere üç bölüm bulunmaktadır. Hastalık Hakkındaki Görüşlerin alt ölçekleri; “süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller” olup, Hastalık Nedenleri Boyutunun alt ölçekleri; psikolojik atıflar,

risk etmenleri, bağımsızlık, kaza ya da şansı içermektedir. Türk halkında ölçeğin gerçekleştirilen geçerlik ve güvenirlik araştırmasında Cronbach alpha değeri “hastalık belirtileri” boyutunda 0.76 “hastalık hakkındaki görüşleri” boyutunda 0.73 “hastalık nedenleri” boyutunda 0.79 olarak bulunmuştur (12). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alpha değeri “hastalık belirtileri” boyutunda 0.77 “hastalık hakkındaki görüşleri” boyutunda 0.70 “hastalık nedenleri” boyutunda 0.88 olarak saptanmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): Farklı 3 kaynaktan elde edilen sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak inceleyen ölçek, Zimmet ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş, Eker ve ark. (2001) tarafından ülkemize kazandırılmıştır (171). Toplamda on iki maddeden ve 3 alt ölçekten (aile, özel insan, arkadaş) meydana gelmektedir. Yanıtlar 1 (kesinlikle hayır) ile 7 (kesinlikle evet) arasından puanlanır. Puanların toplamının fazla olması algılanan desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Eker ve ark. (2001) ÇBASDÖ'nin toplam Cronbach alfa değerini 0.89, alt boyut Cronbach alfa değerlerini de aile için 0.85, arkadaş için 0.88 ve özel insan için 0.92 olarak saptamışlardır (171). Çalışmamızda Cronbach Alpha katsayıları sırasıyla 0.85, 0.48, 0.81, 0.85 olarak tespit edilmiştir. Aile boyutu değerlendirmeye alınmamıştır.

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması

Verilerin toplanması işlemine geçmeden önce klinik araştırmalar etik onayı ve kurum izni alınmıştır. Verilerin tümü kâğıda basılı anket aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmanın kriterlerini karşılayan hastalar bilgilendirilerek, öz-bildirim ölçeklerinin yer aldığı anket formu uygun oldukları zaman diliminde, samimi, içten yanıtlamaları için kendilerine bırakılmıştır. Anlaşılmayan soruyu boş bırakabilecekleri ve her zaman araştırmacıya sorabilecekleri hakkında bilgi güven verilmiştir. Veri toplama formunun doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Araştırmacı tarafından kontrol edilerek hastalardan geri toplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22 programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiş ve verilerin bir kısmının normal dağılmadığı bulunduğundan, parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, sürekli verilerin ve ölçeklerin değerlendirilmesinde ortanca kullanılmıştır. COVID-19 ve kronik enfeksiyon

grubunun demografik özellikler, damgalanma hissi, hastaneye yatış süresi, hastalık süresi, psikososyal uyum, hastalık algısı ve sosyal destek açısından karşılaştırılmasında -Ki-Kare ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Bu çalışmada kullanılan ölçeklerden ‘Hastalık Algısı Ölçeği-24’ü kullanmak için Kocaman’dan, ‘Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’ni kullanmak için Arkar’dan izin alınmıştır (EK-5). ‘Hastalığa Psikososyal Uyum Öz bildirim Ölçeği kullanabilmek için Adaylar vefat ettiğinden izin alınamamıştır. Çalışma Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (16.03.2021 tarihli 2021/75 protokol numarası). Kurum izni, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından verilmiştir. Katılımcılara araştırmanın hangi amaçla yapıldığı, toplanan verilerin gizliliği konusunda gerekli bilgilendirme yapılmış, onamları alınmıştır. Bu çalışma insanlar üzerindeki tıbbi araştırmalarla gerçekleştirilen tüm prosedürler, kurumsal ve/veya ulusal araştırma komitesinin etik standartlarına, 1964 Helsinki deklarasyonuna ve etik standartlara uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

4. BULGULAR

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4.1’de belirtilmiştir.

Tablo 4.1.Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri (n=100)

Değişkenler	Ortanca	Minimum-Maksimum
Yaş (yıl)	40	19-91
Sosyodemografik özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	44	44.0
Erkek	56	56.0
Medeni durum		
Evli	53	53.0
Bekar	28	28.0
Dul	12	12.0
Boşanmış	7	7.0
Çocuk sayısı		
0	40	40.0
1-2	27	27.0
3-4	25	25.0
5-9	8	8.0
Eğitim düzeyi		
İlkokul	41	41.0
Ortaokul	20	20.0
Lise	20	20.0
Üniversite	17	17.0
Lisansüstü	2	2.0
Meslek		
Ev hanımı	27	27.0
Serbest	21	21.0
Özel sektör	14	14.0
Sağlık çalışanı	9	9.0
İşçi	8	8.0
Emekli	6	6.0
Öğretmen	4	4.0
Özel güvenlik	3	3.0
Devlet memuru	2	2.0
Diğer (artist, mühendis, teknisyen, optisyen, bankacı, temizlik personeli)	6	6.0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	59	59.0
Çalışmıyor	41	41.0
Ekonomik durum		
Düşük	28	28.0
Orta	72	72.0
Kimlerle birlikte yaşadığı		
Eş ve çocuklar	50	50.0
Anne-baba	18	18.0
Yalnız	16	16.0
Diğer (kardeş, akraba, arkadaş)	16	16.0
Toplam	100	100

Hastaların yaşlarının 19-91 yıl arasında değiştiği ve ortancasının 40 yıl olduğu belirlenmiştir. Çoğunluğu erkek (%56) ve evli (%53) bireylerden

oluşmaktadır. Katılımcıların %40'ının çocuğunun olmadığı, %41'inin ilkokul mezunu ve %59'unun çalışıyor olduğu bulunmuştur. Meslekleri sorulduğunda, %27'si ev hanımı, %21'i serbest ve %14'ü özel sektörde çalıştığını, %9'u sağlık çalışanı olduğunu belirtmiştir. Ekonomik durumlarına bakıldığında %72'si orta düzeyde geliri olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %50'sinin eş ve çocuklarıyla birlikte kaldığı bulunmuştur (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Katılımcıların sağlık durumuyla ilgili özellikleri, hastalıklarıyla ilgili damgalanma hissinin ve psikososyal uyumun dağılımı (n=100)

Değişkenler	Ortanca	Minimum-Maksimum
Hastanede yatış süresi (gün)	8	1-60
	Sayı	Yüzde
Tıbbi tanı		
COVID-19	60	60.0
Tüberküloz	11	11.0
Hepatit	14	14.0
HIV	15	15.0
Hastalık süresi		
1 aydan az	56	56.0
1-6 ay	7	7.0
6 ay-1 yıl	13	13.0
1 yıldan fazla	20	20.0
Doğuştan veya çocukluktan	4	4.0
Hastalık hakkında bilgisi		
Bilgim yok	6	6.0
Kısmen bilgim var	48	48.0
Yeterince bilgim var	46	46.0
Ek kronik hastalık varlığı		
Evet	31	31.0
Hayır	69	69.0
Damgalanma hissi		
Hayır	52	52.0
Kısmen	36	36.0
Kesinlikle	12	12.0
Psikososyal uyum		
İyi	39	39
Orta	30	30
Kötü	31	31

Hastanede yatış süresinin 1-60 gün arasında değiştiği, ortancasının 8 gün olduğu belirlenmiştir. Tıbbi tanı olarak %60'ının COVID-19, %15'inin HIV, %14'ünün Hepatit, %11'inin Tüberküloz nedeniyle enfeksiyon servisinde yattığı tespit edilmiştir. Bu hastalıkların süresine bakıldığında %56'sının bir aydan az sürede tanılarının mevcut olduğu bulunmuştur. Hastalıkları hakkında %48'i

kısmen bilgisinin olduğunu ve %46'sı yeterince bilgisinin olduğunu ifade etmiştir. Çoğunluğunun (%69) ek kronik hastalığı olmadığı bulunmuştur. Damgalanma hissi incelendiğinde %52'si hayır yanıtını vermiştir. Hastaların %39'unun psikososyal uyumunun iyi, %30'unun orta, %31'inin kötü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Katılımcıların psikososyal uyum, hastalık algısı ve algıladıkları sosyal destek toplam ve alt ölçek puanlarının dağılımı (n=100)

Değişkenler	Ortanca	Minimum-Maksimum
Psikososyal Uyum Toplam Puan	40.50	9-91
Sağlık Bakımına Oryantasyon	9	0-17
Mesleki Çevre	8	0-17
Aile Çevresi	7	0-19
Cinsel Yaşam	4	0-16
Geniş Aile İlişkileri	4	0-13
Sosyal Çevre	9	0-18
Psikolojik Baskı	6	0-17
Hastalık Algısı		
Hastalık Belirtileri (kimlik)	7	0-14
Süre (akut/kronik)	17	9-30
Sonuçlar	19	6-30
Kişisel Kontrol	18	10-30
Tedavi Kontrolü	16	5-23
Hastalığı Anlayabilme	15	5-22
Süre (döngüsel)	14	4-20
Duygusal Temsiller	20	6-30
Algılanan Sosyal Destek Toplam Puan	65	16-127
Arkadaş	21	6-28
Özel İnsan	24	6-28

Psikososyal Uyum Öz-bildirim Ölçeği'nden elde edilen toplam puanların ortancası 40.50 (9-91) bulunmuştur. Alt ölçeklerden sağlık bakımına oryantasyonun ve sosyal çevrenin en fazla ortancaya (9), geniş aile ilişkilerinin ve cinsel yaşamın en az ortancaya (4) sahip olduğu tespit edilmiştir. Hastalık Algısı Ölçeği'nin alt ölçeklerinin ortanca puanı en az hastalık belirtileri (kimlik) için 7 (0-14), en çok duygusal temsiller için 20 (6-30) elde edilmiştir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin toplam puanın ortancası 65 (16-127), alt ölçeklerinden en az arkadaş için 21 (6-28), en fazla özel insan için 24 (6-28) olarak bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Katılımcıların hastalığın olası nedenlerine yönelik atıflarının dağılımı

Olası Nedenler	1* Yüzde	2* Yüzde	3* Yüzde	4* Yüzde	5* Yüzde
Bir mikrop ya da virüs	9.0	3.0	2.0	19.0	67.0
Vücut direncimin azalması	11.0	4.0	11.0	24.0	50.0
Stres ya da endişe	25.0	11.0	6.0	14.0	44.0
Kendi davranışım	18.0	13.0	12.0	18.0	39.0
Kişilik özelliklerim	33.0	11.0	6.0	15.0	35.0
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem	29.0	17.0	5.0	14.0	35.0
Aile problemleri	34.0	16.0	6.0	10.0	34.0
Şans ya da kötü talih	31.0	14.0	9.0	13.0	33.0
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem	31.0	11.0	9.0	18.0	31.0
Aşırı çalışma	33.0	21.0	6.0	12.0	28.0
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım	42.0	14.0	12.0	7.0	25.0
Diyet -yemek alışkanlıkları	48.0	13.0	6.0	9.0	24.0
Sigara içme	56.0	9.0	3.0	9.0	23.0
Çevre kirliliği	43.0	13.0	9.0	17.0	18.0
Yaşlanma	57.0	11.0	1.0	13.0	18.0
Kalıtsal (ırsi)	72.0	15.0	2.0	2.0	9.0
Alkol	76.0	10.0	1.0	5.0	8.0
Kaza ya da yaralanma	80.0	12.0	1.0	3.0	4.0

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

Katılımcıların yarından çoğu (%67) hastalığının nedeni olarak bir mikrop veya virüs, %50'si vücut direncinin azalması, %44'ü stres ya da endişe, %39'u kendi davranışı ilgili olduğunu "kesinlikle düşündüğünü" bildirmiştir. Üçte biri (%35) kişilik özellikleri ve kendi tutumuyla, %34'ü aile problemleriyle, %33'ü şans ya da kötü talih, %31'i duygusal durumu ile ilgili olduğunu "kesinlikle düşündüğünü" belirtmiştir. Katılımcıların %19'u hastalığının nedeni olarak bir mikrop veya virüs, %24'ü vücut direncinin azalması, %14'ü stres ya da endişe, %18'i kendi davranışı ilgili olduğunu "düşündüğünü" bildirmiştir. Ancak büyük çoğunluğu (%80) hastalığının nedeni olarak kaza ya da yaralanma, %76'sı alkol, %72'si kalıtsal, %57'si yaşlanma, %56'sı sigara içme, %48'i diyet-yemek alışkanlıkları ile ilgili olabileceğini "kesinlikle düşünmediğini" belirtmiştir (Tablo 4. 4).

Tablo 4.5. Katılımcıların hastalığın nedeni olarak bildirdiği en önemli üç faktörün dağılımı (n=100)

Olası Nedenler	Sayı	Yüzde
1.Faktör		
Vücut direncinin azalması	34	34.0
Virüs	25	25.0
Bilinçsiz insanlar	24	24.0
Stres	8	8.0
Genetik olması	4	4.0
Yaşlı olmak	3	3.0
Eski eş	2	2.0
2.Faktör		
Kendi dikkatsizliğim	45	45.0
Hayat şartları	32	32.0
Sağlıksız beslenme	13	13.0
Aşır iş temposu	8	8.0
Piercing	2	2.0
3.Faktör		
Yakınlarımdan geçti	55	55.0
Aile problemi	13	13.0
Aktif sosyal hayat	9	9.0
Sigara kullanımı	9	9.0
Yağlı besinlerden uzak duramama	6	6.0
Dövme yaptırmak	3	3.0
Alkol kullanımı	3	3.0
Yaşlılık	2	2.0

Hastalıklarının nedenine yönelik en önemli birinci faktörün %34'ü vücut direncinin azalması, %25'i virüs, %24'ü bilinçsiz insanlar olduğunu, bunu stres, genetik, yaşlılık ve eski eşin takip ettiği görülmüştür. İkinci faktör olarak yarıya yakını (%45) hastalığının kendi dikkatsizliğine, %32'si hayat şartlarına, %13'ü sağlıksız beslenmeye, %8'i aşırı iş temposuna ve %2'si piercinge bağladığı bulunmuştur. Üçüncü faktör olarak yarıdan fazlası (%55) yakınlarından geçmesine, %13'ü aile problemine, %9'u aktif sosyal hayat ve sigara kullanımına atfettiği, bunu yağlı besinlerden uzak duramamanın, dövme yaptırmının, alkol kullanımının ve yaşlılığın takip ettiği bulunmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. COVID-19 ve kronik enfeksiyon grubunun demografik özellikler, komorbid hastalık varlığı ve damgalanma hissi açısından karşılaştırılması (n=100)

	COVID-19		Kronik enfeksiyon		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet					2.843	.092
Kadın	31	51.7	13	32.5		
Erkek	29	48.3	27	67.5		
Eğitim düzeyi					19.261	<0.001
İlkokul	29	48.3	12	30.0		
Ortaokul	7	11.7	13	32.5		
Lise	7	11.7	13	32.5		
Üniversite ve üstü	15	28.3	2	5.0		
Medeni durum					1.219	.269
Evli	35	58.3	18	45.0		
Bekar	25	41.7	22	55.0		
Çalışma durumu					4.136	.042
Çalışıyor	30	50.0	29	72.5		
Çalışmıyor	30	50.0	11	27.5		
Ekonomik durum					.349	.555
Düşük	15	25.0	13	32.5		
Orta	45	75.0	27	67.5		
Ek kronik hastalık varlığı					3.771	.052
Evet	23	38.3	8	20.0		
Hayır	37	61.7	32	80.0		
Damgalanma hissi					22.365	<0.001
Hayır	42	70.0	10	25.0		
Kısmen	16	26.7	20	50.0		
Kesinlikle	2	3.3	10	25.0		

COVID-19 ve kronik enfeksiyon grubunun demografik özellikler ve damgalanma hissi açısından karşılaştırılması Tablo 4.6’da gösterilmiştir. İki grup arasında cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum ve komorbid hastalık varlığı açısından fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Eğitim durumu açısından, COVID-19 hastalarının lisans ve lisansüstü eğitime sahip olma oranının kronik enfeksiyonu olan hastalardan daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<.0001$). Çalışma durumu açısından COVID-19 olanların %50’si çalışmıyorken, kronik enfeksiyonu olanların %27.5’inin çalışmadığı saptanmıştır. Hastalık gruplarına göre çalışma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Damgalanma hissi açısından da hastalık grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu ($p<0.0001$), COVID-19 olanların %3.3’ünün, kronik enfeksiyonu olanların %25’inin kesinlikle damgalandığını hissettiği bulunmuştur.

Tablo 4.7. COVID-19 ve kronik enfeksiyon grubunun yaş, hastanede kalış süresi, psikososyal uyum, hastalık algısı ve sosyal destek açısından karşılaştırılması
(n=100)

Değişkenler	COVID-19 Sıra ort.	Kronik enfeksiyon Sıra ort.	U	p
Yaş (yıl)	57.54	39.94	777.500	.003
Hastalık süresi	31.78	78.59	76.500	<0.001
Hastanede yatış süresi (gün)	39.29	67.31	527.500	<0.001
Psikososyal Uyum Ölçeği Toplam Puan	41.69	63.71	671.500	<0.001
Sağlık Bakımına Oryantasyon	42.51	62.49	720.500	.001
Mesleki Çevre	44.98	58.78	869.000	.019
Aile Çevresi	41.97	63.30	688.000	<0.001
Cinsel Yaşam	46.73	56.16	973.500	.107
Geniş Aile İlişkileri	43.20	61.45	762.000	.002
Sosyal Çevre	48.49	53.51	1079.500	.393
Psikolojik Baskı	40.54	65.44	602.500	<0.001
Hastalık Algısı Ölçeği				
Hastalık Belirtileri (kimlik)	53.62	45.83	1013.000	.186
Süre (akut/kronik)	53.35	46.23	1029.000	.224
Sonuçlar	41.97	63.30	688.000	<0.001
Kişisel Kontrol	56.82	41.03	821.000	.007
Tedavi Kontrolü	57.61	39.84	773.500	.002
Hastalığı Anlayabilme	42.55	62.43	723.000	.001
Süre (döngüsel)	48.34	53.74	1070.500	.358
Duygusal Temsiller	45.56	57.91	903.500	.036
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	59.03	37.71	688.500	<0.001
Arkadaş	57.81	39.54	761.500	.002
Özel İnsan	58.54	38.44	717.500	.001

COVID-19 ve kronik enfeksiyon grubunun yaş, hastanede kalış süresi, psikososyal uyum, hastalık algısı ve sosyal destek açısından karşılaştırılması Tablo 4.7’de gösterilmiştir. Hastalık gruplarının yaşlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0.003$). COVID-19 tanılı gruptaki hastalar daha yaşlı, hastalık ve hastanede yatış süresi kronik enfeksiyonu olanlara göre daha kısadır. İki hasta grubunun hastalık ve hastaneye yatış süresi sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.0001$).

COVID-19 ve kronik enfeksiyon hastalığı olanların psikososyal uyum ve alt ölçeklerinden cinsel yaşam ve sosyal çevre dışında kalan tümünün sıra

ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kronik enfeksiyonu olanların COVID-19 tanılı hastalara göre psikososyal uyumunun daha kötü olduğu bulunmuştur. Hastalık gruplarının hastalık belirtileri ve süre açısından sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p>0.05$). İki hasta grubunun hastalık algısının sonuçlar, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller, kişisel ve tedavi kontrolü sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu veriye göre kronik enfeksiyon hastalığı olanlarda hastalığın olumsuz sonuçlarının daha yüksek olduğu, hastalıkla provoke olan emosyonel etkinin, negatif duyguların yüksek olduğu, diğer taraftan hastalığı da daha iyi anlayabildikleri tespit edilmiştir. COVID-19 tanılı hastaların ise kişisel ve tedavi kontrolü hakkında inançlarının kronik enfeksiyonu olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastalık gruplarının algılanan sosyal destek açısından hem toplam hem alt boyutlarında sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). COVID-19 tanılı hastalar diğer gruba göre daha fazla destek hissettiklerini bildirmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. COVID-19 ve kronik enfeksiyon grubunun hastalığın olası nedenlerine yönelik atıflarının karşılaştırılması (n=100)

Olası Nedenler	COVID-19 Sıra ort.	Kronik enfeksiyon Sıra ort.	U	p
Stres ya da endişe	40.67	65.25	610.000	<0.001
Kalıtsal (ırsi)	49.17	52.50	1120.000	.299
Bir mikrop ya da virüs	50.00	51.25	1170.000	.725
Diyet -yemek alışkanlıkları	44.00	60.25	810.000	.001
Şans ya da kötü talih	42.50	62.50	720.000	<0.001
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım	41.17	64.50	640.000	<0.001
Çevre kirliliği	53.00	46.75	1050.000	.201
Kendi davranışım	41.17	64.50	640.000	<0.001
Benim tutumum	39.33	67.25	530.000	<0.001
Aile problemleri	38.50	68.50	480.000	<0.001
Aşırı çalışma	43.83	60.50	800.000	.001
Duygusal durumum	41.00	64.75	630.000	<0.001
Yaşlanma	53.33	46.25	1030.000	.135
Alkol	46.50	56.50	960.000	.004
Sigara içme	41.17	64.50	640.000	<0.001
Kaza ya da yaralanma	49.50	52.00	1140.000	.339
Kişilik özelliklerim	38.83	68.00	500.000	<0.001
Vücut direncimin azalması	44.33	59.75	830.000	.001

COVID-19 ve kronik enfeksiyon grubunun hastalığın olası nedenlerine yönelik atıflarının karşılaştırılması Tablo 4.8’de gösterilmiştir. Hastalık gruplarının stres ya da endişelerinin sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.0001$). Buna göre kronik enfeksiyonu olan katılımcıların hastalıklarını daha çok stres ya da endişeye atfettiği anlaşılmıştır. COVID-19 ve kronik enfeksiyonu olan hastaların kalıtsallık ve bir mikrop ya da virüs nedeninin sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p>0.05$). Hastalık gruplarının diyet yemek alışkanlıkları, şans veya kötü talih ve geçmişimdeki kötü tıbbi bakım nedenleri sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu olası nedenlere de kronik enfeksiyonu olan hastalar COVID-19 hastalarına göre daha fazla atıfta bulundukları anlaşılmıştır. COVID-19 ve kronik enfeksiyonu olan hastaların yaşlanma ve kaza ya da yaralanma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p>0.05$). Hastalık gruplarının kendi davranışım, benim tutumum, aile problemleri, aşırı çalışma ve duygusal durumum nedenleri sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Bu olası nedenlere de kronik enfeksiyonu olan hastalar COVID-19 hastalarına göre daha fazla atıfta bulundukları anlaşılmıştır. COVID-19 ve kronik enfeksiyonu olan hastaların alkol, sigara içme, kişilik özelliklerim ve vücut direncimin azalması nedenleri sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu olası nedenlere de kronik enfeksiyonu olan hastaların COVID-19 hastalarına göre daha fazla atıfta bulundukları anlaşılmıştır. Olası nedenlerden sadece çevre kirliliği ve yaşlanmada COVID-19 hastalarının kronik enfeksiyon hastalarına göre sıra ortalaması yüksek bulunmuştur fakat sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

COVID-19 ve diğer kronik enfeksiyon hastalığı olan bireylerin hastalık algılarını, psikososyal uyumlarını ve destek sistemlerini belirlemeyi ve incelenen tüm değişkenler açısından iki grubu karşılaştırmayı amaçlayan bu çalışmanın sonuçları literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Katılımcıların %60'ı COVID-19, %40'ı HIV, Hepatit ve Tüberküloz enfeksiyonu tanımlı hastalardan oluşmuştur. Toplam 100 hastanın yaş ortalaması 43.25 ± 17.00 (19-91) yıl iken, COVID-19 tanımlı hastaların yaşları kronik enfeksiyonu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ($p=0.003$). Bu çalışmada ek hastalık varlığı sıklığı %31 bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmasa da COVID-19 hastalarında komorbid hastalık varlığının daha fazla olduğu gözlenmiştir ($p=.05$). Almanya'da 2015-2019 yıllarında influenza pnömonisi tanısıyla yatarak tedavi gören katılımcıların verileriyle, Çin'de koronavirüs hastalarının verileri karşılaştırıldığında, koronavirüs hastalarında yaş ortalaması influenza pnömonisi hastalarına göre daha düşük saptanmıştır (172). COVID-19 nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören Çin'li hastalarla yapılan bir çalışmada katılımcıların medyan yaşının 56 (18-87) yıl olduğu (173), diğer çalışmada hastaların büyük bir kısmının ≥ 45 yaşta olduğu (174), İtalya'da yoğun bakımda yatarak tedavi gören hastaların ortalama yaşının 63 yıl olduğu bildirilmiştir (175). Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada COVID-19 hastalarının yaş ortalaması 35.92 ± 11.57 (18-59) yıl olarak saptanmıştır (9). Diğer çalışmada hastaların ortalama yaşı 47 yıl olarak bulunmuştur (176). Pandemi polikliniğine ayaktan gelen ve hafif-orta derecede koronavirüs tanısı almış yapılan bir çalışmada da hastaların yaş ortalaması 38.3 ± 12.7 olarak saptanmıştır (177). Kronik enfeksiyonlardan HIV olgularının ülkemizde en çok görüldüğü yaş grubunun 25-29 ve 30-34 yıl olduğu bildirilmiştir (178). HIV/AIDS hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda hastaların en fazla (%31.7) 21-30 yaş aralığında olduğu (179), yaş ortalamasının 38 (27-81) olarak saptandığı (180), ortalama yaşın 45 yıl olduğu bulunmuştur. Hastaların %36'sının 54 yaş üzerinde olduğu görülmüştür (181). Ankara'da 255 HIV olgusunda yapılan bir çalışmada olguların yaş ortalamalarının 38 ± 11.6 (19-80) yıl

olduğu bulunmuştur (83). Ülkemizde Hepatit C’de yaşla ilgili prevalansın incelendiği araştırmalarda özellikle 50 yaşından sonra prevalansın yükseldiği bulunmuştur (77, 182). Çanakkale’de yapılan bir çalışmada 17-21 yaş aralığında Hepatit A seropozitifliği %62.4 olarak bulunmuştur (183). On merkezde yapılan bir çalışmada 2107 kişide anti-HAV pozitifliği %91.1 olarak bulunmuş ve 20 yaş altında genç kişilerde HAV seronegatifliğinin yüksek olduğu, bu yaş grubunu 21-30 yaş grubundakilerin takip ettiği saptanmıştır (184). Kuzey Kıbrıs’ta Hepatit B Virüsü seropravalansını 2010-2014 yılları arasında araştıran bir çalışmada HBsAg pozitif kişilerin yaş grupları ve cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde en çok (%57.8) pozitiflik, her iki cinsiyette de 20-39 yaş grubunda görülmüştür (185). Türkiye 2018 yılı tüberküloz verilerine göre hastaların 15-24 yaş grubundan başlayarak tüberküloz görülme sıklığının arttığı, 65 yaş ve üstü grupta en fazla düzeye (yüz binde 30.7) ulaştığı bildirilmiştir (186). Son yıllarda 125 tüberküloz hastası ile yapılan bir çalışmada yaş ortalaması 42.04 ± 17.94 yıl olarak belirlenmiştir (187). Literatürde çalışma sonuçlarına benzer bir çalışma mevcut değilse de her bir hastalık grubuna ait katılımcılarla yapılan çalışmalarda saptanan yaşların oldukça değişken olduğu görülmektedir. Yine de çalışmanın bulgusunu destekler nitelikte, ileri yaşlı erkeklerin COVID-19 hastalığı için daha riskli bulunduğu ve bu kişilerde Akut Solunum Sıkıntısı Sendromunun (ARDS) daha hızlı ilerlediği bildirilmektedir (188). Ayrıca ileri yaşta ve komorbid hastalıkları olan COVID-19 hastalarının hastaneye yatarak tedavi görmesinin daha fazla olması, diğer kronik enfeksiyonlara göre COVID-19 hastalarının yaşlarının daha yüksek olması sonucuna yol açmış olması muhtemeldir. Nitekim çalışmalarda COVID-19 hastalarının %20-68 oranında komorbid hastalığının olduğu görülmektedir (9, 173, 174, 176). Çalışmanın bulgusuyla benzemektedir ve beklenir bir sonuç olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada hastaların yarısından çoğu erkek iken, COVID-19 tanılı hastaların %51’i, kronik enfeksiyonu olan hastaların %32.5’i kadındır. İki grup arasında cinsiyetle ilgili anlamlı fark saptanmamış olup, benzer sonuç Tolksdorf ve arkadaşlarının (2020) COVID-19 ile influenza pnömonisi hastalarını karşılaştırdığı çalışmada da ortaya konmuştur (173). Diğer taraftan yapılan birçok çalışmada COVID-19 tanılı hastaların daha çok erkek olduğu bildirilmiştir (9, 173-175). Ayrıca bazı çalışmalarda kadın-erkek oranının birbirine yakın olduğu da görülmektedir. Çin’de yapılan çalışmada COVID-19 hastalarının %48.21’i

(189); ülkemizde yapılan çalışmada %46.9-50'si kadın olarak bildirilmiştir (177,189-191). Bu çalışmada ise COVID-19 hastalarında kadın oranı kısmen daha yüksek olduğu söylenebilir. Kadınların ve erkeklerin biyolojik olarak farklı olması sağlıkla ilgili risk durumlarında, ihtiyaçlarında farklılık oluşturmaktadır. Aynı zamanda sağlık arama, sağlık hizmetine ulaşma ve kaynaklardan yararlanma açısından cinsiyet farkı elde edilen bulguyu açıklayabilir. Diğer kronik enfeksiyon hastalığı olan hastaların cinsiyet dağılımını bildiren çalışmalarda, HIV ve tüberküloz hastalarında erkek oranı çalışma bulgularına benzer biçimde yüksektir. T.C Sağlık Bakanlığı (2021) HIV olgularının genellikle erkek olduğunu saptamıştır (192). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda HIV/AIDS hastalarının %66.1-88.5'inin erkek olduğu görülmüştür (83, 179-181). İrlanda'da HIV enfeksiyonu olan bireylerin %83'ünün erkek olduğu (193), Türkiye'de ise Tüberküloz hastalarının 6.778'inin (%57.5) erkek olduğu belirlenmiştir (186). Daharlı ve arkadaşları (2021) yılında tüberküloz vakalarının %59.2'sinin erkeklerden oluştuğunu bildirmiştir (194). Tüberküloz hastalarında yapılan diğer çalışmalarda da erkek hastaların oranı daha yüksek bulunmuştur (187,195). Hepatit hastalarındaki cinsiyet dağılımı ise bazı çalışmalarda erkeklerin bazılarında kadınların yüksek olduğunu göstermektedir. Ülkemizde 2008 ve 2010 yılları arasında Hepatit A enfeksiyonunun değişen epidemiyolojisini inceleyen bir çalışmada hastaların %54.1'inin kadın olduğu saptanmıştır (196). Akut Hepatit B virüsü enfeksiyonlarının ve kronikleşme oranlarının retrospektif analizine yönelik yapılan çalışmaya göre hastaların %72.9'u erkektir (197). Kuzey Kıbrıs'ta geniş örneklemde tarama sonucu HBsAg pozitif olguların %81.1'inin erkek olduğu tespit edilmiştir (185). Kronik enfeksiyon hastalarının daha çok erkek olduğuna ilişkin veriler, çalışmamızın bu bulgusunu desteklemektedir.

Katılımcıların demografik profilleriyle ilgili olarak eğitim düzeylerine bakıldığında, ilkokul mezunu olanların çoğunlukta (%41) olduğu, COVID-19 hastalarının üniversite üstü eğitime sahip olanların, kronik enfeksiyonu olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<.0001$). Benzer şekilde COVID-19 hastalarında %78.77'sinin lisans ve üzeri eğitim derecesine sahip olduğu Tian ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada da belirlenmiştir (189). Okhan ve arkadaşları (2021) da %62.8'inin lise ve üzeri düzeyde eğitilmiş olduğunu bildirmiştir (198). Diğer taraftan COVID-19 tanılı hastaların çoğunun (%32) ilköğretim mezunu ve (%42.1) ortaokul mezunu olduğunu bildiren çalışmalar da

mevcuttur (199, 200). Ülkemizin çeşitli illerinde yapılan çalışmalarda tüberkülozlu kişilerde okuma yazması olmayan, okuma yazması olan / ilkököl seviyesinde eğitilmiş olanların sıklığının %54.2 ile %90 arasında değiştiği saptanmıştır (195, 201, 202, 203, 204). Son yıllarda yapılan bir çalışmada tüberküloz hastalarının %45.6'sının ilköğretim mezunu olduğu (187), Tüberkülozlu kişilerin %59.9'unun sadece okuma-yazma biliyor veya ilkököl seviyesinde eğitilmiş olduğu tespit edilmiştir (194). Eğitim seviyesi düşük kişilerin HIV'ne yakalanma oranının daha fazla olduğu bazı çalışmalarda bildirilmiştir (205,206). Alkan ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada ilköğretim mezunu bireylerde Akut HBV enfeksiyonunun daha fazla görüldüğü bulunmuştur (197). Kronik B Hepatitli hastalarla yapılan bir çalışmada, %81.3'ünün lise ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu saptanmıştır (207). Mevcut çalışmalar genel olarak enfeksiyon hastalığına sahip bireylerin eğitim düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. COVID-19 hastalığı da ilkököl eğitim düzeyine sahip olanlarda yüksek olmakla birlikte, iki grup karşılaştırıldığında COVID-19 olanlarda lisans ve üstü eğitimin yüksek olabildiği de görülmektedir.

Çalışmaya katılanların yarıdan çoğu (%53) evlidir. COVID-19 tanılı hastaların %58.3'ü evli iken, kronik enfeksiyonu olanların %45'i evlidir. İki hasta grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Yapılan diğer çalışmalarda COVID-19 tanılı evli hastaların oranı %55.28-74.6 arasında değişmektedir ve çoğunlukta olduğu belirlenmiştir (189, 198-200). Çalışmamızın sonuçlarıyla benzer olduğu görülmektedir. Kronik enfeksiyon hastalarıyla yapılan çalışmalara bakıldığında tüberküloz hastalarında evli olanların oranı %48.8 saptanmıştır (187). Kronik B Hepatitli hastaların %65.3'ünün, HIV/AIDS hastalarının %71'inin evli olduğu belirlenmiştir (181, 207). Evli ve bekar oranlarının çoğu çalışmada birbirine yakın olduğu dikkati çekmektedir. İki grup arasında fark olmaması beklenir bir sonuç olabilir.

Bu çalışmada katılımcıların %59'unun çalıştığı ancak sağlık çalışanı, öğretmen, mühendis gibi meslek sahibi olanların daha az olduğu, hastaların çoğunlukla (%21) serbest çalıştığı görülmüştür. Çalışma durumu açısından iki grup karşılaştırıldığında, COVID-19 tanılı hastaların yarısının çalıştığı, kronik enfeksiyonu olan hastaların ise %72.5'inin çalıştığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.04$) bulunmuştur. İstanbul'da yaşayan COVID-19 temaslı bireylerin veri toplama sürecinde %50.8'inin aktif olarak çalıştığı

bildirilmiştir (198). Başka bir çalışmada hastaların %54'ünün herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir (199). Çukurova Üniversitesi'nde COVID-19'da izolasyona yönelik 38 kişinin dahil olduğu bir çalışmada hastalık bulunanlar arasında bir doktor, bir hemşire ve bir hasta bakıcı olup, çoğu (11 kişi) ev hanımıdır. Katılımcılardan 20 kişinin çalışmıyor olduğu saptanmıştır (190). Tüberküloz hastalarının %50.67'sinin işsiz veya ev hanımı olduğu saptanmıştır (195). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada ev hanımı olan tüberküloz hastalarının en fazla (%48.6) olduğu belirlenmiştir (194). Kronik B Hepatitli 75 hastanın büyük bir kısmının (%52) kamu kurumlarında görevli memur oldukları, ev hanımlarının oranının %18.7 olduğu bulunmuştur (207). Akut HBV enfeksiyonu olan olguların %6.3'ünün riskli işte (sağlık çalışanı ve bakım evi çalışanı) çalıştığı belirlenmiştir (197). Çalışan COVID-19 hastalarının oranı diğer çalışmalarda bildirilenlere benzerken, çalışmamızda kronik enfeksiyonu olan hastaların çalışıyor olanların oranının daha fazla olduğu görülmektedir. Literatürdeki çalışmalar iki grubu karşılaştırmıyor ise de kronik enfeksiyonu olan hastaların hastalıkları nedeniyle çalışma yaşamlarının olumsuz etkilenmediği anlaşılmaktadır.

Katılımcıların çalışma durumlarından ve mesleklerinden de anlaşılabileceği üzere %72'sinin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, iki grubun ekonomik durumunun dağılımının birbirine benzer olduğu çalışmamızda tespit edilmiştir. Ülkemizde COVID-19 tanısıyla hastanede yatan hastalarda yapılan bir çalışmada %52.7'sinin gelirinin giderden az olduğu, %37.8'inin gelirinin giderine denk olduğu, sadece %9.5'inin gelirinin giderden fazla olduğu saptanmıştır (176). Diğer çalışmada kişilerin %41.9'u gelirinin giderinden az, %58.1'i gelirinin giderine eşit veya gelirinin giderinden fazla olarak ifade ettiği bildirilmiştir (198). COVID-19 tanılı hastaların sosyo-demografik yapısına ilişkin yapılan bir çalışmada katılımcıların %31.3'ünün gelirinin giderinden az, %54'ünün gelirinin giderine denk olduğu saptanmıştır (199). Başka bir çalışmada COVID-19 hastalarının aylık hane gelir dağılımları için %25.7'sinin 1501-3500 TL aralığında, %20.1'inin 3501-5500 TL aralığında, %15.1'inin 5501-7500 TL aralığında, %13.9'unun 0-1500 aralığında olduğu bulunmuştur (208). Yine benzer popülasyonda yapılan bir araştırmada kişilerin aylık geliri için %22.5'inin asgari ücretten az, %7.2'sinin asgari ücretle aynı, %25.1'inin 2.325-5.000 TL arasında olduğu saptanmıştır (209). Ülkemizde HIV hastalarında yapılan bir çalışmada

katılımcıların %12'sinin aylık geliri olmadığı, %2'sinin 400-1000 TL, %26'sının 1000-2500 TL, %54'ünün 2500TL ve üzeri aylık gelirin olduğu saptanmıştır (210). HIV hastalarında yapılan başka bir çalışmada hastaların %58.9'unun ekonomik durumunun orta, %32.3'ünün iyi olduğu bulunmuştur (211). Önceki yıllarda HIV pozitif hastalarıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların hepsinin ekonomik düzeyinin düşük ya da orta olduğu bulunmuştur (212). Türkiye'de Tüberküloz hastalarında yapılan bir çalışmada 733 kişinin %58'i ekonomik durumunu kötü/çok kötü, %41.9'u iyi/çok iyi olarak bildirmiştir. Hastaların %79'ü bir işte çalışmıyor olduğunu ve %42'si gelir yetersizliği yaşadığını belirtmiştir (213). Çalışmalar göstermektedir ki COVID-19 ve kronik enfeksiyonu olan hastaların sosyoekonomik durumu genelde orta ve/veya düşük düzeydedir. Sonuçların, çalışmamızın bulgusuyla benzer olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca, katılımcıların hangi enfeksiyon hastalığı olduğundan bağımsız olarak gelir düzeyine sahip oldukları söylenebilir.

Bu çalışmaya katılan hastaların %56'sının hastalık süresi bir aydan azdır. COVID-19 tanımlı hastaların hastalık süresi, kronik enfeksiyonu olan hastalardan daha kısadır ($p < 0.0001$). Aynı sonuç, hastanede kalış süresi için de geçerlidir. Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan diğer çalışmalarda da COVID-19 tanımlı hastaların hastalık ve hospitalizasyon süresi kısadır ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir (190, 191, 214, 215). Hepatit hastalarıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların büyük bir bölümünün (%50.7) hastalık süresi 1 ile 5 yıl arasında bulunmuştur (207). Hastalarda Hepatit B ve Hepatit C enfeksiyon prevalansına yönelik yapılan başka bir çalışmada katılımcıların ortalama hastalık süresi 10.81 ± 9.59 yıl olarak saptanmıştır (216). Kumsar ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada tüberküloz hastalarının hastalık süresi ortalaması 4.89 ± 2.77 ay olarak saptanmıştır (187). Ülkemizde HIV hastalarında yapılan bir çalışmada ilaç tedavisi süresinin ortancası 3 (0-26) yıl olarak belirlenmiştir (211). Mevcut çalışmalar ile çalışmamızın sonuçlarının benzer olduğu görülmektedir. COVID-19'un kısa süreli bir hastalık olması, COVID-19 sonrası etkilerinin devam etmesi ve diğer kronik enfeksiyon hastalıklarının hastalık süresinin daha uzun sürmesi nedeniyle COVID-19 olanların hastalık süresinin daha kısa olması beklendik bir sonuçtur.

Bulaşıcı hastalıklarda bireyleri psikolojik açıdan daha savunmasız hale getiren önemli etkenlerden biri ayrımcılık ve stigmatizasyondur. Bu çalışmaya

katılan hastaların yarısı hastalıklarıyla ilgili damgalandığını hissetmediğini bildirmiştir. İki grup arasında damgalanma hissi karşılaştırıldığında, kronik enfeksiyonu olan hastaların COVID-19 hastalarına göre daha fazla damgalandığını hissettiği ortaya çıkmıştır ($p<0.0001$). Hong Kongda 3011 kişi ile yapılan bir araştırmada HIV/AIDS, şiddetli akut solunum sendromu (SARS) ve tüberküloz hastalarının halk tarafından stigmatizasyon seviyeleri karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda damgalanma seviyesinin HIV/AIDS'e karşı en fazla olduğu ve bunu Tüberküloz ve SARS hastalığının takip ettiği bulunmuştur (217). Bu sonuç, çalışmamızın bulgusunu destekler niteliktedir. Literatürde HIV/AIDS hastalarında damgalanma sıklıkla araştırılmıştır. Güney Afrika'da 2521 HIV pozitif bireyden %37.9'u yüksek düzeyde damgalayıcı tutumlara sahip olduğu saptanmıştır (218). Türkiye'de 27'si HIV pozitif hasta olmakla birlikte toplam 45 katılımcıyla yapılan çalışmada ülkemizdeki HIV/AIDS'e karşı oluşan yaygın damgalanma sebebiyle HIV pozitif kişilerin hastalıklarını gizleme davranışı gösterdikleri bulunmuştur (219). HIV pozitif bireylerin hastalığı çevreye söylemekte %96'sı çekindiği, %43'ü damgalayıcı ya da önyargılı yaklaşıldığını, bu durumdan sonra %48'i sosyal çevresiyle ilişkisini azalttığını, %64'ünün HIV ile ilgili grup veya derneklerle hiç temasının olmadığını ve %31'i maddi kayıp yaşadığını belirtmiştir (220). HIV tanısına sahip heteroseksüel ve homoseksüel erkeklerin psikososyal yapısının değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmada, katılımcıların %52.6'sının HIV nedeniyle suçluluk hissettiği, %80.4'ünün HIV nedeniyle yargılandığını hissettiği saptanmıştır (221). HIV/AIDS ile yaşayan kişilerle yapılan araştırmaları içeren sistematik bir gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasında, HIV ile ilişkili damgalanmanın ilaç tedavisine uyumda ve bakıma erişimde yetersizlik gibi sağlıkla ilgili çeşitli sonuçlarla ilişkili olduğu fikrinin desteklendiği göz önüne alındığında, damgalanmanın maliyetinin çok yüksek olduğu söylenebilir (222).

Kronik Hepatit B, Kronik Hepatit C ve HIV olgularında stigmatizasyon algılarının karşılaştırılması amacıyla yapılan bir çalışmada, HIV enfeksiyonu olanlarda tanısını üç ve daha çok kişiye açıklama oranı, hepatit olanlardan daha düşük bulunmuş, HIV enfeksiyonu grubunda stigmatizasyon algısı, daha fazla saptanmıştır (223). Hepatit C hastalarında sosyal damgalamaya yönelik yapılan bir çalışmada, kişilerin çoğu finansal güvensizlik, içselleştirilmiş utanç ve sosyal reddedilme algıladığı bulunmuştur (224). Hepatit C hastaları ile yapılan bir

çalışmada, katılımcıların %84.6'sı Hepatit C ile ilgili damgalanma yaşadığını ve hastaların en fazla sağlık çalışanları tarafından damgalandıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (225). Gana'da kronik Hepatit B hastalarında stigmatizasyonla ilgili yapılan çalışmada bulgular, damgalanmanın altında üç ana inancın olduğunu göstermiştir. Bunlar; Hepatit B'nin oldukça bulaşıcı olduğu inancı, Hepatit B'nin çok şiddetli olduğu inancı ve Hepatit B'nin küfürlerden kaynaklandığı inancı olarak ortaya çıkmıştır (226). Tüberküloz hastalarında damgalanmaya yönelik yapılan bir çalışmada katılımcıların algıladıkları stigmatizasyonun orta derecede (29.24 ± 13.77) olduğu saptanmıştır (187). Diğer çalışmada, katılımcıların %74.4'ünün damgalanma seviyelerinin yüksek olduğu, genel olarak incelendiğinde katılımcıların orta derecede damgalanma hissettikleri bulunmuştur (227). Tanısı yeni belirlenmiş tüberküloz hastaları üzerinde olan bir çalışmada, katılımcıların yüksek seviyede damgalanma yaşadıkları ve %60'nın rahatsızlıklarını arkadaş çevresinden ve komşularından sakladığı saptanmıştır (228). Çin'de Tüberkülozda damgalanmayla ilgili çalışmada da, damgalamanın yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (229). Diğer taraftan sadece COVID-19 hastalarıyla yapılan çalışmalarda da damgalanmanın yüksek olduğu bildirilmiştir. Kendilerinde, aile bireylerinde ya da çevresindekilerde COVID-19 pozitif saptananların, sağlık çalışanları gibi daha çok ayrımcılık veya stigmatizasyon yaşadıkları saptanmıştır (230,231). Başka bir çalışmada, koronavirüs pandemisinde potansiyel olarak yüksek riskli kişiler, enfekte olmasından endişelenen bireyler ve enfekte olmuş bireyler ile yakın temasta olan bireyler enfeksiyon olmasalar ve fiziksel olarak iyi olsalar dahi negatif psikolojik etkilere sahip oldukları saptanmıştır (232). Karantinadaki COVID-19 hastalarıyla yapılan bir çalışmanın sonucunda, hastaların yaygın damgalanma deneyimi olduğu ortaya konmuştur. En yüksek puan, halkın tutumlarıyla ilgili endişeler ölçeğinde ($7.43 + 1.43$) ve “Çoğu insan COVID-19'lu birinin yanında rahatsız oluyor” ve “COVID-19'lu insanlara dışlanmış gibi davranılıyor” şeklindeki sorularda kaydedilerek saptanmıştır (200). Pandeminin birinci yılında yapılan çalışmada COVID-19 hastalığını geçirmiş bireylerde damgalanma algısının fazla olduğu tespit edilmiştir (233). Mısır'daki bir çalışmada, 159 (%31.2) doktor önemli derecede COVID-19 ile alakalı stigmatizasyon belirtmiştir. Genellikle COVID-19 ile alakalı stigmatizasyon oranı, karantina hastanesinde çalışan kişilerde daha fazla saptanmıştır (234). Çin'de sağlıklı kişilerle (N:194) COVID-19'dan iyileşenlerin

(N:154) karşılaştırıldığı bir çalışma sonucunda COVID-19'dan iyileşenlerin genel olarak daha fazla damgalanma, sosyal reddedilme alanlarında damgalanma, içselleştirilmiş utanç, sosyal izolasyon ve finansal güvensizlik hissettikleri ortaya konmuştur (235). Çalışmalarda COVID-19 ve kronik enfeksiyonu olan hastaların yüksek oranda damgalanma yaşadıkları görülmektedir ancak enfeksiyon hastalıkları arasında damgalanmanın karşılaştırıldığı çalışmalar sınırlıdır.

Çalışmada hastalığa psikososyal uyum ölçeğinden elde edilen puanın ortancası 40.50 (9-91), alt ölçeklerden en yüksek puanın sağlık bakımına oryantasyon, en düşük puanın geniş aile ilişkilerinde elde edildiği bulunmuştur. İki grup arasında psikososyal uyum karşılaştırıldığında, kronik enfeksiyonu olan hastaların COVID-19 hastalarına göre psikososyal uyumunun daha kötü olduğu ortaya çıkmıştır ($p<0.0001$). Bu farkın psikososyal uyumun sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi, geniş aile ilişkileri ve psikolojik baskı için de geçerli olduğu görülmüştür ($p\leq 0.01$). Tüberküloz hastalarının psikososyal uyumlarının değerlendirilmesine yönelik yapılan bir çalışmada, psikososyal uyum ortalama puanı 32.87 ± 18.60 olarak bulunmuştur. En yüksek puan (7.22 ± 4.23) sağlık bakımına oryantasyon alt ölçeğinde elde edilmiştir. Psikososyal uyumun en çok etkilendiği alt ölçeklerin sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, aile çevresi ve psikolojik baskı ölçekleri olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (236). Diğer çalışmada katılımcıların psikososyal uyum ortalama puanı 62.5 ± 23.6 olarak bulunmuştur. Aile çevresi puan ortalaması 11.5 ± 5.1 , sosyal çevre puan ortalaması 10.8 ± 4.5 , sağlık bakımına oryantasyon puan ortalaması 9.6 ± 6.2 , mesleki çevre puan ortalaması 9.5 ± 4.6 , psikolojik baskı puan ortalaması 8.1 ± 4.1 , seksüel ilişki puan ortalaması 7.6 ± 5.6 ve geniş aile ilişkileri puan ortalaması 6.9 ± 3.7 olarak saptanmıştır. Hastaların %73.9'unun psikososyal uyumunun kötü olduğu görülmüştür. Sonuçta hastaların psikososyal uyumunun genel olarak zayıf olduğu sonucuna ulaşılmıştır (237). Literatürde psikososyal uyum, enfeksiyon dışında diğer kronik hastalığı olan bireylerde daha çok değerlendirilmiştir. Diyabetli bireylerde yapılan çalışmada, katılımcıların kronik hastalığa uyum toplam puan ortalamasının 86.07 ± 12.99 olduğu ve alt boyut olarak koşulsuz kendini kabulün en yüksek puan olarak saptandığı bildirilmiştir (238). Yine diyabetli kişilerde yapılan bir araştırmada, genel psikososyal uyum puanı 36.73 olarak ve alt ölçek sağlık bakımına uyum 7.77 puan olarak en yüksek saptanmıştır (239). Behçet hastalığına psikososyal uyumu inceleyen bir araştırmada, psikososyal uyum puan

ortalaması 43.14 ± 17.80 (0-138) olduğu, rahatsızlığa uyumlarının orta seviyede saptandığı ve %30'unun kötü uyum derecesinde olduğu bulunmuştur (240). Meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada, katılımcıların %33'ünün psikososyal uyumu "kötü", %40.7'sinin "orta", %26.3'ünün "iyi" seviyede olduğu belirlenmiştir. Psikososyal uyum alt ölçek puan ortalamaları bakıldığında, sağlık bakımına uyum puan ortalaması 8.49 ± 3.11 , mesleki çevre puan ortalaması 6.99 ± 3.05 , aile çevresi puan ortalaması 6.71 ± 4.12 bulunmuştur (112). COVID-19 vakalarıyla yapılan çalışmalarda, yüksek düzeyde stres, kaygı ve depresyon saptandığı bildirilmiştir (241, 242). Ancak hastaların psikososyal uyumuna yönelik çalışmalara ulaşılamamıştır. Çalışmaların psikososyal uyum puan ortalamaları (32.87 ± 18.60 - 86.07 ± 12.99) arasındadır. Çalışmamızda psikososyal uyum puanı bu değerlerin arasındadır ve orta düzeyde psikososyal uyum mevcuttur. İki grup arasında karşılaştırmada Tüberküloz, HIV, Hepatit gibi enfeksiyonların süregelen olması, COVID-19 hastalığının sınırlı sürede tedavisinin gerçekleşmesi, psikososyal uyum açısından önemli fark oluşturmuş olabilir.

Doğru sağlık bilgisi stresi, kaygıyı, depresyonu ve hastalığın psikolojik etkisini azaltabilir (241). Çalışmaya katılanların %6'sı hastalıkları hakkında bilgisinin olmadığını, %48'i kısmen bilgisinin olduğunu ve %46'sı yeterince bilgisinin olduğunu ifade etmiştir. Türkiye'de pandemi sürecinde yapılan bir çalışmada, kişilerin %57.9'u pandemi hakkında bilgi seviyesinin yeteri kadar bulunduğunu, %42.1'i de kısmen yeterli bulunduğunu, %28.3'ü ise salgın aşamasında psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu bildirmiştir (242). Ülkemizde COVID-19 pandemisiyle ilgili 1179 kişiyle yapılan bir çalışmada, kişilerin %63.3'ü salgınla ilgili bilgi seviyesini yeterli, %34.6'sı kısmen yeterli bulmuştur ve en çok bilgiyi elde etme yolları televizyon, bilimsel kaynaklar ve sosyal medya olarak saptanmıştır (243). Ülkemizde COVID-19 pandemisine karşı algı ve tutum seviyelerine etkisini araştırmak için yapılan başka bir çalışmada, katılımcıların %57.9'unun bilgisinin yeterli, %42.1'inin kısmen yeterli olduğu bulunmuştur (242). Ülkemizde HIV hastalarında yapılan bir çalışmada %72.5'inin hastalık hakkında bilgisi olduğu, %27.5'inin hastalık hakkında bilgisi olmadığı bulunmuştur (245). Başka bir çalışmada 50 HIV hastasının %84'ü hastalık hakkında bilgi verildiğini, %14'ü bilgi verilmediğini belirtmiştir (209). Hepatit B virüsüne sahip hastaların rahatsızlıklarıyla ilgili bilgi seviyesinin değerlendirilmesine yönelik yapılan bir çalışmada, kişilerin rahatsızlık hakkındaki

bilgi derecesinin eğitim seviyesine bakılmaksızın eksik olduğu saptanmıştır (246). Yine yapılan başka bir çalışmada 119 taşıyıcının hastalık hakkında yeterli bilgileri olmadığı bulunmuştur (247). Aktif tüberkülozu olan hastaların %49.6'sının tüberküloz hastalığı hakkında herhangi bir bilgisi olmadığı saptanmıştır (248). Ayaktan tüberküloz tedavisi alan 106 hastada yapılan çalışmada, hastaların %86.3'ünün tüberküloz konusunda eğitiminin olmadıkları belirlenmiştir (236). Çalışma sonucuna bakıldığında, literatürde bildirilene göre hastalık hakkında bilgisi olmayanların daha düşük düzeyde olduğu görülmekte, farkın da sunulan hemşirelik hizmetiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hastalık algısı, alt ölçeklerinden en yüksek puanın duygusal temsiller, en düşük puanın hastalık belirtilerinden elde edildiği bulunmuştur. İki grup karşılaştırıldığında, kronik enfeksiyonu olanların hastalığı daha çok anlayabildikleri, sonucunu daha olumsuz olarak algıladığı, duygusal temsillerin yani hastalıkla provoke olan duygusal etkinin daha fazla olduğu, COVID-19 grubundaki hastaların hastalıkla bağlantılı kişisel ve tedavi kontrolünün daha yüksek olduğu, sonuçta iki grubun hastalık algılarında önemli farklılıklar olduğu görülmüştür. Yunanistan'da gerçekleştirilen bir araştırmada kişilerin COVID-19 ile alakalı kişisel kontrol ve öz-yeterlilik düzeyinin yüksek (%66.32) olduğu bildirilmiştir (249). ABD'de yaşayan yetişkinlerle yapılan bir çalışmada ise, COVID-19 hastalık algısı anketinde hastalığı anlama ortalama puanı 7.28 (0-10), hastalıkla ilgili endişe düzeyi 7.22 (0-10), kişisel kontrol 5.15 olarak saptanmıştır (250). Kaçan ve arkadaşları (2021) katılımcıların COVID-19 ile ilgili “hastalık algısı” için 17.56 ± 5.29 , “nedenler algısı” için 52.67 ± 9.50 , kontrol algısı için 36.97 ± 6.18 , “kaçınma davranışı” için 40.57 ± 10.04 puan ortalaması elde edilmiştir (243). Pakistan'da 550 Hepatit C hastasının hastalık algısı genel ortalama puanı 43.35 ± 13.15 , alt ölçekten aldığı en az puanın (2.92 ± 1.85) “uyum” ve en fazla puanın (8.09 ± 2.09) “endişe” alt ölçeğinden alındığı saptanmıştır. Hastaların endişe düzeyinin, geçmiş tedavi deneyimlerinden önemli ölçüde etkilendiği bulunmuştur (20). Diyabetli bireylerle yapılan bir çalışmada hastaların büyük bir kısmının, hastalıklarını kronik olarak düşündükleri, kendilerinde rahatsızlıklarıyla alakalı düşündükleri belirtileri yaşadıkları, rahatsızlıklarının fiziksel, sosyal, psikolojik işlevlerinde etkisi olduğunu belirttikleri, tedavilerinin etkisini gördükleri ve hastalıklarından duygusal anlamda etkilendikleri bulunmuştur (251). Kanseri hastalarında yapılan çalışmada, hastalık algısı ölçeği kişisel kontrol alt

boyutunun puan ortalamasının 24 ± 5.57 olduğu ve bu durumun kanserli kişilerin kanserin süresi, gidişatı ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısının fazla olduğunu gösterdiği bildirilmiştir (252). Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı bulunan kişilerde olan bir araştırmada, katılımcıların hastalık algısı puan ortalamaları değerlendirildiğinde, “hastalık tipi” boyutu puan ortalaması 7.21 ± 2.95 , hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu en yüksek süre (akut/kronik) 4.10 ± 0.67 , en düşük hastalığı anlayabilme puan ortalaması 2.93 ± 1.01 olarak saptanmıştır. Katılımcıların, hastalık algısı ölçeğindeki süre algısından aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, katılımcıların çoğunluğunun rahatsızlıklarının uzun olacağını, rahatsızlıklarının iyileşmeyeceğini ve bundan sonraki hayatının tamamını bu rahatsızlıkla sürdüreceğini düşündükleri bulunmuştur (253). Kronik hastalıklarda yapılan çalışmaların sonucunda, hastaların hastalıklarının kronik olduğunu bilmelerinin ve bilinçlenmiş olmalarının hastalıkları üzerindeki bireysel kontrolü arttırdığı ortaya konmuştur (254,255). Kronik enfeksiyonu olan hastaların hastalıklarını daha iyi anlayabilmelerine ve COVID-19 hastalarının hastalıkları üzerinde daha fazla kontrolünün olduğuna yönelik bulgumuz, literatürdeki çalışmalarla desteklendiği söylenebilir. Kronik enfeksiyonu olanların hem hastalık algısının duygusal temsillerinin olumsuz olması hem de psikososyal uyumun psikolojik baskı boyutunda uyumun COVID-19 hastalarına göre daha kötü olması, kronik enfeksiyonu olan hastaların psikososyal bakımının ihmal edilmemesi gerektiğini düşündürmektedir. Bulaşıcı enfeksiyon hastalığı olan bireylerin biyopsikososyal yönetimi konusunda desteklenmesi, hemşirelerin önemli sorumluluklarındandır.

Çalışmada COVID-19 ve kronik enfeksiyon grubunun hastalığın olası nedenlerine yönelik atıflarında da önemli farklılıklar tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığını aile problemlerine, strese, endişeye, kişilik özelliklerine, duygusal durumlarına ve beslenme biçimi, alkol, sigara kullanımı, aşırı çalışma gibi yaşam biçimlerine ve kendi tutumlarına, ayrıca geçmişte kötü bakım almaya ve vücut direncinin azalmasına daha fazla bağladıkları görülmüştür. İki grup birlikte değerlendirildiğinde, büyük çoğunluğu hastalığının nedenini bir mikrop ve virüse, vücut direncinin azalmasına atfetmiş, bunu stres ve endişe izlemiştir. Katılımcılara hastalığın nedeni olarak gördükleri en önemli üç faktör sorulduğunda da, vücut direncinin azalması, virüs, bilinçsiz insanlar yanıtlarının olası nedenler arasında ilk faktörü oluşturduğu ortaya çıkmıştır. İkinci faktör

olarak yarıya yakını hastalığını kendi dikkatsizliğine, hayat şartlarına atfederken, üçüncü faktör olarak yarıdan fazlası yakınlarından geçmesini olası neden olarak bildirmiştir. COVID-19 hastalarıyla yapılan bir çalışmada da hastaların %57.9'u hasta yakınlarından (eş, arkadaş, çocuk, akraba) geçtiğini ifade ettiği saptanmıştır (256). Koronavirüsün yakın temasla bulaştığı ve hastaların da böyle düşündükleri birçok çalışmada ortaya konmuştur (257, 258). Tüberküloz, HIV, Hepatit hastalarıyla yapılan çalışmalara bakıldığında, HIV ve Hepatit için de bulaşın daha yüksek olduğu, Tüberküloz için bulaşmada, çok kötü yaşam koşullarının ön plana çıktığı anlaşılmaktadır. HIV hastası 50 kişide yapılan bir çalışmada, kişiler hastalığın edinme şeklini %52'si cinsel yolla, %14'ü kan yoluyla/tedaviyle, %34'ü bilmiyorum olarak belirtmişlerdir (210). Hepatit B hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, hastalığın bulaşma şekli olarak en çok kan yolu ve cinsel temasın olduğu, öpüşmek hışırnak, bardak, tabak çatal gibi malzemelerin birlikte kullanılması, hasta ile aynı yerde yaşamının da bulaşta rol oynadığı katılımcıların bir bölümü tarafından belirtilmiştir (246). Hepatit C hastalarında yapılan çalışmada, hastalığın en çok bulaş riski olarak küçük ve büyük cerrahi girişim, kan transfüzyonu, sık diş tedavisi ve diş çekimi olarak bulunmuştur (259). Tüberküloz hastalarında yapılan bir çalışmada, hastalığın oluşumundaki faktörler incelendiğinde kişilerin %34.9'u "az gelirle alakalı olumsuz hayat ve beslenme koşullarını", %20.6'sı "bu hastalık çevrede bulunan birisinden bulaşmasını", %16'sı "yaşanılan ev-işyerinin kötü koşullarda olmasını" bildirdikleri belirlenmiştir (260). Tüberküloz hastalarında yapılan başka bir çalışmada, katılımcılar rahatsızlığa sahip olma sebeplerinin rahatsızlığın bir başkasından geçme, düzgün beslenmeme, üzüntü-sıkıntı-huzursuzluk, rüzgâr çarpması-üşütme, alkol, sigara, stres, fazla çalışma olduğunu belirtmişlerdir (261). Pakistan'da yapılan çalışmada, tüberküloz hastalığının nedeni olarak %33'ü yetersiz beslenme, %11'i aşırı kalabalık, %18'i kötü hijyen, sigara içmek, kirlilik ve stres diğer nedenler olarak belirtilmiştir (262). Hastalıkların olası nedenleri arasında diğer çalışmalara göre çalışmamızda, psikolojik etkenlerin daha ön planda ifade edildiği görülmektedir. Bu sonuçta çalışmanın pandemi koşullarında yapılmış olmasının etkisinin olması muhtemeldir.

Çalışmada algılanan sosyal destek ölçeğinden elde edilen toplam puanların ortancası 65 (16-127), özel birinin desteğinin arkadaşına göre daha fazla olduğu bulunmuştur. İki grup arasında algılanan sosyal destek karşılaştırıldığında, kronik

enfeksiyonu olan hastaların COVID-19 hastalarına göre algıladıkları sosyal desteğin daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır ($p \leq 0.002$). Türkiye’de COVID-19 pandemi sürecinde katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek (59.36 ± 19.04) olduğu bildirilmiştir (263). Cao ve ark. (2020), kırsal bölge yerine kentsel bölgede bulunmanın, aileyle kalmanın ve ailenin düzenli ekonomik durumunun bulunmasının, kişilerin COVID-19 pandemisinden koruyucu faktörler olduğunu bildirmiştir (264). HIV hastalarının algıladığı destek ise oldukça düşük (45.75 ± 9.33) bildirilmiştir (245). Önceki yıllarda yapılan bir çalışmada ise, Hepatit C hastalarının %27’sinin aile ve arkadaşlardan aldıkları desteği daha düşük düzeyde tanımlamıştır. Katılımcıların yaklaşık yarısı (%45) en az bir ilişkisini hastalık nedeniyle kaybettiğini belirtmiştir. Hastalığın bulaşmasıyla ilgili korkuların yaygın olmasının, çoğu zaman cehalet ve hatta ayrımcılıkla ilişkilendirildiği açıklanmıştır (29). Tüberküloz hastalarının ise ÇBASDÖ’den aldıkları toplam puan ortalamasının 66.53 ± 14.41 olarak bulunduğu ve sosyal destek algılarının yüksek olduğu bildirilmektedir (27). Bu çalışmaların, çalışmamızın bulgusunu destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Ancak Bıyıklı ve arkadaşlarının (2021) Tüberküloz hastalarıyla yaptığı çalışmada, sosyal destek ortalaması oldukça yüksek (141.46 ± 30.61) olarak bulunmuştur (265). COVID-19 sürecinde temas sınırlı da olsa, hastalar özellikle ailelerinin yanında olduğunu, destek olduğunu hissetmişlerdir. Kronik hastalıkların ilk döneminde hastaların daha çok desteklendiği ama süre uzadıkça desteğin azalabildiğine ilişkin gözlemlerimiz düşünüldüğünde, çalışmanın sonucunu açıklamak mümkün görünmektedir. Ayrıca, diğer kronik enfeksiyonu olan hastalar için destek puanı ortalaması yukarıda açıklandığı üzere 45.75-141.46 arasında değişmekte, çalışmamızın sonucu bu geniş aralığın ortalarında yer almaktadır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

COVID-19 tanılı hastalar %60'ını, kronik enfeksiyonu olanlar %40'ını oluşturmuştur.

Katılımcıların yaşlarının ortancası 40 (19-91) yıl olup, %56'sı erkektir.

Çoğunluğu evli (%53), ilkokul mezunu (%41) ve çalışıyor (%59) olduğunu bildirmiştir.

İki grup arasında cinsiyet, medeni durum ve ekonomik durum açısından fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastalık gruplarının yaşlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.003$).

COVID-19 olanların %50'si çalışmıyorken, kronik enfeksiyonu olanların %27.5'inin çalışmadığı ve iki hasta grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

İki hasta grubunun hastalık ve hastaneye yatış süresi sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.0001$).

Damgalanma hissi açısından da hastalık grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu ($p<0.0001$), COVID-19 olanların %3.3'ü, kronik enfeksiyonu olanların %25'i kesinlikle damgalandığını hissettiği bulunmuştur.

Kronik enfeksiyon hastalığı olanların COVID-19 tanılı hastalara göre psikososyal uyumunun daha kötü olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

İki hasta grubu arasında, hastalık algısının sonuçlar, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller, kişisel ve tedavi kontrolü sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$).

İki hasta grubunun hastalığın olası nedenlerine yönelik atıflarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Kronik enfeksiyonu bulunan katılımcıların hastalıklarını daha çok psikolojik etkenlere atfettiği saptanmıştır.

Hastalık gruplarının algılanan sosyal destek açısından hem toplam hem alt boyutlarında sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit

edilmiştir ($p<0.05$). COVID-19 tanılı hastalar diğer gruba göre daha fazla destek hissettiklerini bildirmiştir.

6.2. Öneriler

Pandemi döneminde kronik hastalığı olanlara sunulan bakım hizmetleri olumsuz etkilenmiştir ancak COVID-19 hastalığı olan bireylerin yanı sıra diğer hastaların biyopsikososyal bakıma duydukları ihtiyacı ortaya koyan çalışmalara ihtiyaç vardır. Daha geniş örneklemede, benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Hastaların damgalanma sorunu devam etmekte olduğundan, damgalanmayı önlemek için sağlık görevlilerinin ve toplumun yeterince bilinçli davranmasının önemi anlaşılmıştır. Kronik enfeksiyonu olan hastaların deneyimlediği damgalanma hissini azaltacak etkili müdahalelerin geliştirilmesi önerilmektedir.

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğinin klinik ve araştırmacı rolünün önemi ortaya çıkmıştır. Bu özelleşmiş alanda uzmanlaşan hemşirelerin ülkemiz hastanelerinde istihdamının sağlanması önerilmektedir.

HIV, TBC, Hepatit bulaşma yolları ve korunma yöntemleri hakkında eğitimler düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

Hastaların olumsuz hastalık algısının azaltılması ve hastalık nedenine yönelik atıflarının anlaşılacak bakım sağlanması önemli görünmektedir.

Sosyal güçleri ve kişilerin ailesini tedavi sürecine katmak ve destekte bulunmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi sağlanmalıdır.

Kronik enfeksiyonu olan hastaların psikososyal uyumunun artırılmasını sağlayacak müdahalelerin geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Hastaların hastalık algılarının düzenlenmesi, psikososyal uyumlarının ve sosyal destek sistemlerinin çoğaltılmasıyla ilgili eylem durumlarının yapılandırılması ve proje çalışmalarının geliştirilmesi önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

Bu tez çalışmasında Vancouver atıf sistemi kullanılmıştır.

1. Ülman YI. A Bioethical perspective for COVID-19 infectious disease pandemic. *Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;11(3).
2. Şahan C, Özgür EA, Arkan G, Alagüney ME, Demiral Y. COVID-19 pandemisi'nde meslek hastalığı tanı kılavuzu. İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanları Derneği ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneği.https://korona.hasuder.org.tr/wp-content/uploads/Mesleksel-COVID_19_Tan%C4%B1_Rehberi_2020.pdf
3. Ayana TM, Roba KT, Mabalhin MO. Prevalence of psychological distress and associated factors among adult tuberculosis patients attending public health institutions in Dire Dawa and Harar cities, Eastern Ethiopia. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1392.
4. Ozkan M, Corapçıoğlu A, Balcioglu I, Ertekin E, Khan S, Ozdemir S, et al. Psychiatric morbidity and its effect on the quality of life of patients with chronic hepatitis B and hepatitis C. *Int J Psychiatry Med*. 2006;36(3):283-97.
5. Hu Y, Chen Y, Zheng Y, You C, Tan J, Hu L, Zhang Z, Ding L. Factors related to mental health of inpatients with COVID-19 in Wuhan, China. *Brain Behav Immun*. 2020;89:587-93.
6. Guo Q, Zheng Y, Shi J, Wang J, Li G, Li C, Fromson JA, Xu Y, Liu X, Xu H, Zhang T, Lu Y, Chen X, Hu H, Tang Y, Yang S, Zhou H, Wang X, Chen H, Wang Z, Yang Z. Immediate psychological distress in quarantined patients with COVID-19 and its association with peripheral inflammation: A mixed-method study. *Brain Behav Immun*. 2020;88:17-27.
7. Kong X, Zheng K, Tang M, Kong F, Zhou J, Diao L, Shouxin W, Piqi J, Tong S, Yuchao D. Prevalence and factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with COVID-19. *Medrxiv* 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.24.20043075>.
8. Zhang J, Lu H, Zeng H, Zhang S, Du Q, Jiang T, Du B. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun*. 2020;87:49-50.
9. Yıldırım N, Dayılar Candan H, İnan AH. Psychological distress in patients with COVID-19 during hospitalization. *Clin Nurs Res*. 2022;31(3):376-84.
10. Yılmaz A, Dedeli O. Assessment of anxiety, depression, loneliness and stigmatization in patients with tuberculosis. *Acta Paulista De Enfermagem*. 2016;29(5):549-57.
11. Arıkan Z, Çepik Kuruoğlu A, Beler N, Oral N, Ekim NN, Köktürk O, Levent E. Tüberküloz olgularında hastalığın algılanması ve kişilik özellikleri. *Kriz Dergisi*. 2000;8(2), 39-45.
12. Kocaman N, Kutlu Y, Ozkan M, Ozkan S. Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. *J Clin Nurs*. 2007;16(3A):6-16.
13. Özgüven H. D., Tuncer E.T. Uyum bozukluğu. *Kriz dergisi*. 1997;5(2):87-94.
14. Pappas PG, Kauffman CA, Andes D, Benjamin DK Jr, Calandra TF, Edwards JE Jr, et al. Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2009;48(5):503-35.

15. Yılmaz Karabulutlu E, Gündüz F. Tip II diyabetes mellituslu hastalarda hastalık algısı, psikosozal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.2016;19(2):106-115.
16. Duyan V. HIV/AIDS'e ilişkin damgalama ve sosyal destek. *Sağlık ve Toplum*.2001;11(1):3-11.
17. Johansson E, Diwan VK, Huong ND, Ahlberg BM. Staff and patient attitudes to tuberculosis and compliance with treatment: an exploratory study in a district in Vietnam. *Tuber Lung Dis*. 1996;77(2):178-83.
18. Kelly P. Isolation and stigma: the experience of patients with active tuberculosis. *J Community Health Nurs*.1999;16(4):233-41.
- 19.Khan A, Walley J, Newell J, Imdad N. Tuberculosis in Pakistan: socio-cultural constraints and opportunities in treatment. *Soc Sci Med*.2000;50(2):247-54.
20. Ullah S, Ali S, Daud M, Paudyal V, Hayat K, Hamid S. M, Ur-Rehman T. Illness perception about hepatitis C virus infection: A cross-sectional study from Khyber Pakhtunkhwa Pakistan. *BMC Infectious Diseases*.2022; 22(1):1-9.
21. Okoronkwo I, Ishaku S, Chinweuba A, Akpan-Idiok P, Ihudiebube C, Odira C. Assessing self care practices of people living with AIDS attending antiretroviral clinic Kafanchan, Kaduna State, Nigeria. *J AIDS Clin Res*.2015;6(528):2.
22. Akpama E.G. Effect of group counselling on the psychological adjustment of people living with hiv/aids in central senatorial zone, Cross River State, Nigeria. *Journal of Educational and Social Research*.2013;3(2):377-385.
23. Basha EA, Derseh BT, Haile YGE, Tafere G. Factors affecting psychological distress among people living with hiv/aids at selected hospitals of north shewa zone, Amhara region, Ethiopia. *AIDS Res Treat*. 2019;22:2019:8329483.
24. Başoğlu S, Polat Ü, Güngör C. HIV/AIDS hastalığı ile yaşam: öz yönetim ve psikosozal uyum. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*.2020;2(3):183-190.
25. Liu H, Li X, Chen Q, Li Y, Xie C, Ye M, Huang J. Illness perception, mood state and disease-related knowledge level of COVID-19 family clusters, Hunan, China. *Brain Behav Immun*. 2020;88:30-31.
26. Dağlı DA, Büyükbayram A, Arabacı LB. COVID-19 tanısı alan hasta ve ailesine psikosozal yaklaşım. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*.2020; 5(2):191-195.
27. Hazerli D. Tüberküloz hastalarında sosyal destek algısının tedaviye uyuma etkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul*.2010. (Danışman: Yard. Doç. Dr. Bilgi Gülseven Karabacak).
28. Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A. Tüberküloz tedavisine uyumsuzluk nedenlerine yönelik bir anket çalışması. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*. 2004;18(3):119-122.
29. Blasiöle JA, Shinkunas L, Labrecque DR, Arnold RM, Zickmund SL. Mental and physical symptoms associated with lower social support for patients with Hepatitis C. *World J Gastroenterol*. 2006;7:12(29):4665-72.
30. Duko B, Geja E, Zewude M, Mekonen S. Prevalence and associated factors of depression among patients with hiv / aids in Hawassa, Ethiopia, cross - sectional study. *BMC Psychiatry*. 2018;15(1):21.
31. Tesfaw G, Ayano G, Awoke T, Assefa D, Birhanu Z, Miheretie G, Abebe G. Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with HIV on-follow up at Alert Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 2016; 2;16(1):368.
32. Jia H, Uphold CR, Wu S, Reid K, Findley K, Duncan PW. Health-related quality of life among

men with HIV infection: Effects of social support, coping, and depression. *AIDS Patient Care STDS*. 2004;18(10):594-603.

33. Li L, Lee SJ, Thammawijaya P, Jiraphongsa C, Rotheram-Borus MJ. Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. *AIDS Care*. 2009;21(8):1007-13.

34. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in Southwestern China. *Med Sci Monit*. 2020;26:26:e924609.

35. Kurt H. Gündeş S. Geyik Faruk M. Enfeksiyon hastalıkları kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul. 2013;1-13.

36. Louria DB. Emerging and re-emerging infections: The societal determinants. *Futures*. 2000; 32(6): 581–594.

37. Goldrick BA. 21st-century emerging and reemerging infections. *Am J Nurs*. 2004;104(1):67-70.

38. Fauci AS. Emerging and reemerging infectious diseases: The perpetual challenge. *Academic Medicine*. 2005; 80(12):1079-05.

39. Lashley FR. Emerging infectious diseases at the beginning of the 21st Century. *Online J Issues Nurs*. 2006;31;11(1):2.

40. İbrahim İE, Uçku R. Bir üniversite hastanesi bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık bildirimlerinin değerlendirilmesi (2005-2008). *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012; 26(1): 1-7.

41. Snowden FM. Epidemics and society. In *Epidemics and Society*. Yale University Press. 2019. doi: <https://doi.org/10.12987/9780300249149>.

42. Tulchinsky TH, Varavikova EA. The new public health. Third Edition. Elsevier, Academic Press. San Diego. 2014.

43. Güler Ç, Akın L, Akın AT, Akşit, B, Akgün S, Altıntaş KH ve ark. Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2015;1350-1353.

44. Tezcan S. Epidemiyolojinin tarihsel gelişim- 11-bulaşıcı hastalıklar epidemiyolojisi. In: *Temel Epidemiyoloji*. Ankara. Hipokrat Kitabevi. 2017;23(25):179-198.

45. Jacobson JA. Infectious diseases ethics. In: Singer Pa, Viens Am, Editors. *Cambridge Textbook of Bioethics*. Cambridge University Press. 2009;P.481–6.

46. Dayan S. Enfeksiyon Hastalıkları Tanı ve Tedavi El Kitabı. Hipokrat Yayınevi. 2022;1-43.

47. Crofton J, Horne N, Miller F. Erişkinde nonpulmoner tüberküloz. Crofton j, Horne N, Miller F. *Klinik Tüberküloz*. 1995;117-8.

48. Barış Yİ. Dünyada tüberküloz'un tarihi. *Konuralp Medical Journal*. 2010;3(2):1-4.

49. Karadakovan A, Aslan FE. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Nobel Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2011;3(2):58-67.

50. World Health Organization, 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329368>. Erişim Tarihi: 15.08.2022.

51. Türkiye Verem Savaşı 2020 Raporu. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tuberkuloz-haberler/turkiye-de-verem-savasi.html#>. Erişim tarihi: 15.08.2022.

52. Ryder SD. Clinical assessment of liver disease. *Medicine* 2002;30(11):1-3.

53. Braunwald E, Fauci A. S, Kasper D. L, Hauser S. L, Longo D. L, Jameson J. L. Harrison iç

hastalıkları prensipleri. Çev Ed: Sağlık Y. Nobel Tıp Kitabevleri.2004;5:1551-66.

54.Umut S, Yıldırım N. Göğüs Hastalıkları Cilt 1. İçinde: Tüberküloz. Editör Erk M, İstanbul Üniversitesi.2001;486-545.

55. Çil A, Olgun N. Tüberküloz algısı ve tedaviye uyum. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.2005;21(2):209-218.

56. Morales-Rayas R, Wolffs PF, Griffiths MW. Simultaneous separation and detection of hepatitis A virus and norovirus in produce. International Journal of Food Microbiology.2010;139(1-2):48-55.

57. Fiore AE. Hepatit A transmitted by food. Clinical Infectious Diseases.2004;38:705-715.

58. Staes CJ, Schlenker TL, Risk I, Cannon KG, Harris H, Pavia AT, et al. Sources of infection among persons with acute hepatitis A and no identified risk factors during a sustained community-wide outbreak. Pediatrics. 2000;106(4):E54.

59. İncili G. K, Çalıcıoğlu M. Gıda kaynaklı viral hepatitler ve gıda güvenliği. FÜ Sağ. Bil. Vet. Derg.2016;30(3):247-252.

60. Koff RS. Clinical manifestations and diagnosis of hepatitis A virus infection. Vaccine. 1992; 1:S15-7.

61. Krugman S, Giles JP. Viral hepatitis: New light on an old disease. JAMA.1970;212(6):1019-1029.

62. Centers For Disease Control, Prevention (Us). Chronic diseases and their risk factors: the nation's leading causes of death. Us department of health and human services, centers for disease control and prevention. Hypothesis. Psychological Bulletin.1999;98(2):310.

63. Şahin NH, Bilgiç D, Esen Ü, Çetinkaya R, Tozoğlu Z. Bayan kuaförü çalışanlarının Hepatit B'ye ilişkin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. Taf Preventive Medicine Bulletin.2009; 8(2):147-154.

64. Elmi Ş. HIV/AIDS, HBV, HCV, Sifiliz ve Genital Herpes 'in toplumda ve riskli davranış modeli gösteren seks işçilerinde karşılaştırılması. Uzmanlık tezi. TC Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği. İstanbul. 2007; 25-54.

65. Tosun S. Ulusal Hepatit B aşılması. Viral Hepatit Dergisi. 2006;11(3): 117-125.

66. İpek F, Mızrak T, Uzun F, Doğru A, Uysal E. Diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin hepatit B bilgi düzeylerinin araştırılması. Dicle Tıp Dergisi.2000;27:55-61.

67. T.C Sağlık Bakanlığı, 2018. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/28-temmuz-dunya-hepatit-t-gunu.html#>. Erişim tarihi:20.08.2022.

68. World Health Organization Department of Communicable Disease Surveillance and Response. http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/HepatitisB_whocdscsrlyo2002_2.pdf. Erişim tarihi:05.05.2021.

69. Çaylan R. Tabak F, Balık I, Tekeli E (Editörler). Kronik hepatitler ve yaşam kalitesi. Viral Hepatit 2007. 1. Baskı. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği.2007;376-82.

70. Örmeci N. Tedaviye cevapsız Kronik B Hepatitinde tedavi. Viral Hepatit Dergisi. 2005;10(1):5-10.

71. Aşkar E. Sağlık çalışanlarında Hepatit B ve Hepatit C seroprevalansı. Şişli etfal eğitim ve araştırma hastanesi enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji kliniği. Uzmanlık Tezi. İstanbul.2006. (Danışman: Doç. Dr. Turan Aslan).

72. Alter MJ. Epidemiology of Hepatitis C in the West. Semin Liver Dis. 1995;15(1):5-14.

73. Armstrong GL, Wasley A, Simard EP, McQuillan GM, Kuhnert WL, Alter MJ. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1999 through 2002. *Ann Intern Med*. 2006;144(10):705-14.
74. Yenen OŞ. Hepatit C virusu. Topçu Aw, Söyletir G, Doğanay M. Enfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyolojisi. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.2002;1377-1397.
75. Wasley A, Alter MJ. Epidemiology of Hepatitis C: Geographic differences and temporal trends. *Semin Liver Dis*. 2000;20(1):1-16.
76. Mohd Hanafiah K, Groeger J, Flaxman AD, Wiersma ST. Global epidemiology of hepatitis C virus infection: New estimates of age-specific antibody to hcv seroprevalence. *Hepatology*. 2013;57(4):1333-42.
77. Mıstık R. Türkiye’de viral hepatit epidemiyolojisi yayınların irdelenmesi. *Viral hepatit*. 2007;1:10-50.
78. Bilgiç A, Özacar T, Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. Enfeksiyon hastalıkları ve mikrobiyolojisi: Hepatit B virüsü. Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul.2002;1350- 1370.
79. Tahan V, Kalaycı C. Kronik Hepatit C güncel tedavisi. Tabak F, Balık İ, Tekeli E. (Editörler), In: *Viral Hepatit 2007*. 1.Baskı. Viral Hepatitle Savaşım Derneği. İstanbul.2007;246-253.
80. Yamazhan T, Büke M. (Ed). *Hepatit C Virüs Enfeksiyonu. Enfeksiyon Hastalıklarının Hasta Örnekleri ile Tanımı*. Güven Kitapevleri, İzmir. 2006; 233-243. 67.
81. Aydın E, Koç A. HIV+/AIDS hastalarında antiretroviral tedaviye uyumun önemi literatür çalışması. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 2017;14(2):74-81.
82. Eser ES, Küçükoglu K. AIDS and drugs in AIDS treatment. *Journal of Faculty of Pharmacy Of Ankara University*.2009; 38(1):47-78.
83. Tumer A, Cerci P, Inkaya AC, Alp S, Unal S. HIV/AIDS’li 255 olgunun değerlendirilmesi: Hacettepe Kohortu, Ankara. *Mikrobiyol Bul*. 2016;50(1): 94-103.
- 84.UNAIDS, 2022. HIV and AIDS Estimates. <https://aidsinfo.unaids.org/>. Erişim tarihi:15.08.2022.
85. Tümer A. HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma. Hacettepe üniversitesi HIV/AIDS tedavi ve araştırma merkezi (HATAM). http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/Epid_web_10.pdf. 2010. Erişim tarihi: 10.05.2021.
- 86.T.C. Sağlık Bakanlığı (2022, Şubat 01). HIV-AIDS İstatistik. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/hiv-aids-istatistik.html#>. Erişim tarihi:15.08.2022.
87. HIV bilgilendirme kitabı. Türkiye Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği. HIV/AIDS Çalışma Grubu Yayını. 2016. <http://www.klimik.org.tr/wpcontent/uploads/2016/11/HIV.BILGILENDIRME.KITABI.pdf>. Erişim tarihi:05.04.2021.
88. Kaya S. Kan donörlerinde Hepatit B Virüsü, Hepatit C Virüsü ve İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü Enfeksiyonu ve Sifilis sıklığı. *Klimik Dergisi*.2008;21(2):65-68.
89. Sütçü M, Aktürk H, Somer A, Törün S. H, İnce Z, Çoban A ve ark. Anneden bebeğe HIV geçişi: Sekiz yıllık deneyim. *Mikrobiyol Bul*. 2015;49(4):542-553.
90. Yüksel P, Ziver T, İzmirli S, Aslan M, Sarıbaş S, Güngördü Z ve ark. Anti-HIV-pozitif hastalarda doğrulama testi sonuçları: Beş yıllık verilerin irdelenmesi. *Klimik Derg*. 2010;23(2):51-4.
91. Arman D. Genital ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar. 1. Baskı. Bilimsel Tıp Yayınevi.2007; 83-108.

92. Bryan CS. HIV/AIDS and bioethics: Historical perspective, personal retrospective. *Health Care Analysis*. 2002;10(1):5-18.
93. UNAIDS data 2018. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/unaids-data-2018>. Erişim tarihi: 05.04.2021.
94. Dominguez KL, Smith DK, Thomas V, Crepaz N, Lang K, Heneine W et al. Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV—United States. 2016;68-69.
95. Gault G, Weill FX, Mariani-Kurkdjian P, Jourdan-da Silva N, King L, Aldabe B et al. Outbreak of haemolytic uraemic syndrome and bloody diarrhoea due to *Escherichia coli* O104:H4, south-west France, June 2011. *Euro Surveill*. 2011;16(26):19905.
96. Shi Y, Wang G, Cai XP, Deng JW, Zheng L, Zhu HH et al. An overview of COVID-19. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2020;21(5):343-360.
97. Yin Y, Wunderink R. G. MERS, SARS and other Coronaviruses as causes of pneumonia. *Respirology*. 2018;23(2):130-137.
98. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric R, Groot RJD, Drosten C, Gulyaeva AA et al. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses—a statement of the coronavirus study group. *Nat Microbiol*. 2020;5(4):536-544.
99. Who-Director-General-Sopening-Remarks-At-The-Media-Briefing-On-Covid-19—11-March, 2020. Erişim tarihi: 10 Nisan 2021.
100. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200520-covid-19-sitrep-121.pdf?sfvrsn=c4be2ec6_2. Erişim tarihi: 20.04.2021.
101. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---20-agustos-2022>. Erişim Tarihi: 21.08.2022.
102. T.C Sağlık Bakanlığı, COVID-19 Bilgilendirme Platformu. 2020. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>. Erişim tarihi: 20.04.2021.
103. T.C Sağlık Bakanlığı, COVID-19 Bilgilendirme Platformu. 2022. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>. Erişim tarihi: 20.08.2022.
104. Wu D, Wu T, Liu Q, Yang Z. The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. *Int J Infect Dis*. 2020; 94:44-48.
105. Khalili M, Karamouzian M, Nasiri N, Javadi S, Mirzazadeh A, Sharifi H. Epidemiological characteristics of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Infect*. 2020;148:e130.
106. Zheng S, Fan J, Yu F, Feng B, Lou B, Zou Q et al. Viral load dynamics and disease severity in patients infected with SARS-CoV-2 in Zhejiang province, China, January-March 2020: retrospective cohort study. *BMJ*. 2020;21;369:m1443.
107. Li Z, Yi Y, Luo X, Xiong N, Liu Y, Li S et al. Development and clinical application of a rapid IgM-IgG combined antibody test for SARS-CoV-2 infection diagnosis. *J Med Virol*. 2020;92(9):1518-1524.
108. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;17;323(11):1061-1069.
109. Du Z, Xu X, Wu Y, Wang L, Cowling BJ, Meyers LA. Serial interval of COVID-19 among publicly reported confirmed cases. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(6):1341-3.
110. Londono Y, Mcmillan D.E. Psychosocial adaptation: an evolutionary concept analysis

exploring a common multidisciplinary language. *Lan*.2015;2504-2519.

111.Akdemir N, Birol L. Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. İç hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı Kitabı. 2005; 2: 193-199.

112.Çam O, Saka Ş, Gümüş AB. Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2009;5(2).

113. Gilligan R. Beyond permanence? The importance of resilience in child placement practice and planning. *Adoption & Fostering*.1997; 21(1):12-20.

114. Doğan T. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*.2015; 3(1):93-102.

115. Shin S, Oh EG, Jeong SH, Lee HJ, Kim YK, Lee TS. Assessment of bacteriological safety of the seawater and ark shell (*Scapharca Subcrenata*) In Yeoja Bay, Korea. *Journal Of Fisheries And Marine Sciences Education*. 2016; 28(5):1435–1443.

116. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*.2013;1(1): 57-72.

117. Ünal D, Baştürk M, Ceyhan O. Tüberkülozun yaşam olayları ile ilişkisi ve hastalığın algılanması. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.2008;15(4):249-255.

118. Kara B. Tüberküloz kontrolünde başlıca sorunlardan biri: Tedaviye uyum. *Taf Preventive Medicine Bulletin*.2009; 8(1) :75-82.

119. Wankhede P, Meshram P. Assess the factors contributing to non-compliance with the treatment regimen among pulmonary tuberculosis patients. *Paripex - Indian Journal Of Research*. 2017; 6(9):29-31.

120. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik Hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*.2012;1(1), 57-72.

121. Saadat M, Behboodi ZM, Saadat E. Comparison of depression, anxiety, stress, and related factors among women and men with human immunodeficiency virus infection. *J Hum Reprod Sci*. 2015;8(1):48-51.

122.Moskowitz JT, Wrubel J, Hult JR, Maurer S, Acree M. Illness appraisals and depression in the first year after HIV diagnosis. *PLoS One*. 2013;8(10):e78904.

123. Verghese A. What is in a word? *Clin Infect Dis*. 2004;38:932–3.

124. Koh D, Lim MK, Chia SE, Ko SM, Qian F, Ng V, et al. Risk perception and impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore: what can we learn? *Med Care*. 2005;43(7):676-82.

125. Cheng SK, Wong CW, Tsang J, Wong KC. Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Psychol Med*. 2004;34(7):1187-95.

126. Lau JT, Yang X, Tsui HY, Pang E, Wing YK. Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *J Infect*. 2006;53(2):114-24.

127. Ullah S, Ali S, Daud M, Paudyal V, Hayat K, Hamid SM, Ur-Rehman T. Illness perception about hepatitis C virus infection: a cross-sectional study from Khyber Pakhtunkhwa Pakistan. *BMC Infect Dis*. 2022;22(1):74.

128.Uysal Y, Akpınar E. Tip 2 diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*.2013;38(1):31-40.

129. Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clin Med (Lond)*. 2006;6(6):536-9.

130. Petrie KJ, Wessely S. Modern worries, new technology, and medicine. *British Medical Journal*. 2002;324: 690–691.
131. Mannan DKA, Mannan KA. Knowledge and perception towards novel coronavirus (COVID-19) in Bangladesh. *International Research Journal of Business and Social Science*.2020; 6(2).
132. Liman T. Kronik hastalığı olan ergenlerin hastalığı algılamaları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2011. (Danışman: Öğretim Üyesi Prof. Dr. Besti Üstün).
133. Maninet S, Aungsuroch Y, Jitpanya CA causal model of functional status among persons with liver cirrhosis from four public hospitals in Thailand. *J Health Res*.2021.doi: <https://doi.org/10.1108/JHR-11-2020-0558>.
134. Wang Z, Mo PKH, Fang Y, Ip M, Lau JTF. Factors predicting first-time hepatitis C virus testing uptake among men who have sex with men in China: an observational prospective cohort study. *Sex Transm Infect*. 2020;96(4):258-264.
135. Ekmen N, Can G, Can H. Preliminary examination of the relations between disease stage, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in Chronic Hepatitis B and C guided by the Common-Sense Model of Illness. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2021;33(6):932-939.
136. Nahlen Bose C, Elfström ML, Björling G, Persson H, Saboonchi F. Patterns and the mediating role of avoidant coping style and illness perception on anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Scand J Caring*. 2016;30:704–13.
137. Langston S, Edwards MS, Lyvers M, Stapleton P. Illness perceptions and treatment outcomes in hepatitis C. *Nz J Psychol*. 2016;45:2.
138. Browning KK, Wewers ME, Ferketich AK, Otterson GA, Reynolds NR. The self-regulation model of illness applied to smoking behavior in lung cancer. *Cancer Nurs*. 2009;32(4):E15.
139. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729.
140. Özdemir D, Arpacıoğlu S. Sosyal medya kullanımı, sağlık algısı ve sağlık arama davranışının koronavirüs korkusu üzerine etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2020;12: 364-381.
141. Park T, Ju I, Ohs JE, Hinsley A. Optimistic bias and preventive behavioral engagement in the context of COVID-19. *Res Social Adm Pharm*. 2021;17(1):1859-1866.
142. Alcántara C, Diaz SV, Cosenzo LG, Loucks EB, Penedo FJ, Williams NJ. Social determinants as moderators of the effectiveness of health behavior change interventions: scientific gaps and opportunities. *Health Psychol Rev*.2020;14(1):132–44.
143. Deeks A, Lombard C, Michelmore J, Teede H. The effects of gender and age on health related behaviors. *Bmc Public Health*. 2009;9(1):213
144. Yıldırım İ. Anne baba desteği ve başarı. Anı Yayıncılık. Ankara. 2006; aktaran Haskan Avcı Ö, Yıldırım İ. Ergenlerde şiddet eğilimi, yalnızlık ve sosyal destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2014;29(1):157-168.
145. Wils TA. Social support, behaviorreal medicine and women: A comprehensive handbook. New York, Guild Press. 1998, 13,118-128.
146. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.2006;9(2):68-75.
147. Rambod M, Rafii F. Perceived social support in hemodialysis patients. *Iran Journal of Nursing*.2009; 22(58):99-110.
148. Peker A, Eroğlu Y. Ergenlerde algılanan sosyal destek ve siber zorbalığa eğilim arasındaki

ilişkiler: arkadaştan ve öğretmenden algılanan sosyal desteğin aracı rolü. Turkish Studies (Elektronik). 2015;10(3):759-778.

149. Oktan V. Yalnızlık ve algılanan sosyal destek düzeyinin ergenlerdeki öfkenin gelişimine etkisi. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 2005;21(21):183-192.

150. Işıkhani V. Kanser ve sosyal destek. Toplum ve Sosyal Hizmet.2007;18(1):15-29.

151. Dakof GA, Taylor SE. Victims perceptions of social support: What is helpful from whom? J Pers Soc Psychol. 1990;58(1):80-9.

152. Eyllen B. Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği' nin geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı üzerine bir çalışma. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2002;15(1):109-117.

153. Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. Health Psychol. 1996;15(2):135-48.

154. Ünsal P. Bir iş ortamında algılanan sosyal desteğin işlevlerine, kaynaklarına, cinsiyet ve mesleğe göre incelenişi. IX. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmalar. Türk Psikologlar Derneği.1996; 315-325.

155. Cohen S, Mermelstein R, Kamarck T, Hoberman HM. Measuring the functional components of social support. In Social support: Theory, research and applications. Springer, Dordrecht.1985; pp.73-94.

156. Kef S. The personal networks and social supports of blind and visually impaired adolescents. Journal of Visual Impairment & Blindness.1997;91(3):236-244.

157. Duyan V. Sağlıkta Psiko-sosyal boyut (Tıbbi sosyal hizmet). Ankara.1996; 29-34.

158. Stevens N, Westerhof GJ. Marriage, social integration, and loneliness in the second half of life, a comparison of Dutch and German men and women. Research on Aging. 2006; 28(6):713-729.

159. Dunkel-Schetter C. Social support and cancer: findings based on patient interviews and their implications. Journal of Social Issues. 1984;40(4):77-98.

160. Yıldırım İ. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin geliştirilmesi, güvenirliği ve geçerliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 1997;13:81-87.

161. Allen SM, Ciambrone D, Welch LC. Stage of life course and social support as a mediator of mood state among persons with disability. J Aging Health. 2000;12(3):318-41.

162. Okyayuz ÜH. Kanser hastası ve iletişim. In: Sağlık Psikolojisi Giriş. İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.1999;221-236.

163. Eom CS, Shin DW, Kim SY, Yang HK, Jo HS, Kweon SS et al. Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. Psychooncology. 2013;22(6):1283-90.

164. Jia H, Uphold CR, Wu S, Reid K, Findley K, Duncan PW. Health-related quality of life among men with HIV infection: effects of social support, coping, and depression. AIDS Patient Care STDS. 2004;18(10):594-603.

165. Yang X, Yang X, Kumar P, Cao B, Ma X, Li T. Social support and clinical improvement in COVID-19 positive patients in China. Nurs Outlook. 2020;68(6):830-837.

166. Grey I, Arora T, Thomas J, Saneh A, Tohme P, Abi-Habib R. The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. Psychiatry Res. 2020;293:113452.

167. Chen X, Zou Y, Gao H. Role of neighborhood social support in stress coping and psychological wellbeing during the COVID-19 pandemic: Evidence from Hubei, China. *Health Place*. 2021;69:102532.
168. Adaylar M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığındaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. (Yayınlanmamış doktora tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.1995. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Birsen Yürüen).
169. Talaz A. Diyabetik ayak gelişen ve gelişmeyen hastalarda kan şekeri kontrolünün ve psikososyal uyumun değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.2007. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sezgi Çınar).
170. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*.1996; 11(3) :431- 45.
171. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2001;12(1):17-25.
172. Tolksdorf K, Buda S, Schuler E, Wieler LH, Haas W. Influenza-associated pneumonia as reference to assess seriousness of coronavirus disease (COVID-19). *Euro Surveill*. 2020;25(11):2000258.
173. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020;395(10229):1054-1062
174. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in wuhan, china, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med*. 2020;382:1199-207.
175. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, et al. COVID-19 Lombardy ICU Network. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA*. 2020;323(16):1574-1581.
176. Egeli A, Bulut GUC, Kalenderoğlu A, Örum MH, Baltacı E, Kapıcı Y, ve ark. COVID-19 tanısıyla hastanede yatan hastalarda anksiyete ve uyku bozukluğu belirtilerinin sosyodemografik ve klinik faktörlerle ilişkisi. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*. 2021;4(1):77-86.
177. Özdemir YE, Balkan İİ, Bayramlar OF, Alkan S, Murt A, Karaali R, ve ark. Hafif-orta klinik seyirli COVID-19 hastalarının genel özellikleri ve pnömoni gelişimi için risk faktörler [Clinical characteristics of mild-moderate COVID-19 patients and risk factors for the development of pneumonia]. *Mikrobiyol Bul*. 2021;55(3):342-356.
178. T.C Sağlık Bakanlığı. HIV-AIDS İstatistik-Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2021. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/hiv-aids-istatistik.html>. Erişim tarihi:05.04.2022.
179. Öner P, Aytaç Ö, Şenol FF, Toraman ZA, Özgüler M. Elazığ ili dokuz yıllık hiv/aids sonuçlarının analizi. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*.2020; 50(2):100-107.
180. Taşdelen-Fışgın N, Tanyel E, Sarıkaya-Genç H, Tülek N. HIV/AIDS olgularının değerlendirilmesi. *Klinik Derg*. 2009;22(1):18-20.
181. Alp E, Bozkurt I, Doğanay M. Kapadokya bölgesinde takip edilen hiv/aids hastalarının epidemiyolojik ve klinik özellikleri: 18 yıllık deneyim [epidemiological and clinical characteristics of hiv/aids patients followed-up in cappadocia region: 18 years experience]. *Mikrobiyol Bul*. 2011;45(1):125-36.
182. Kurt H, Battal I, Memikoğlu O, Yeşilkaya A, Tekeli E. Ankara bölgesinde sağlıklı bireylerde hav, hbv ve hcv seroprevalansının yaşa ve cinsiyete göre dağılımı. *Viral Hepatit Derg*. 2003; 8(2): 88-96.

183. Arabacı F, Oldacay M. Çanakkale yöresinde çeşitli yaş gruplarında Hepatit A seroprevalansı ve akut hepatitli olgularda Hepatit A sıklığı. Çocuk Enf Derg. 2009;3: 58-61.
184. Tosun S, Yıldız O, Tekinkoruk S, Çelen MK, Yılmaz G, Karabay O, ve ark. Kronik HBV ve HCV olgularının HAV ile karşılaşma durumlarını yeterince değerlendiriyor muyuz? XI. Ulusal Viral Hepatit Kongre Kitabı. 2012; 80-81.
185. Güler E, Süer K, Arıkan A, Güvenir M, Şanlıdağ T. Kuzey Kıbrıs'ta Hepatit B virüsü, Hepatit C virüsü ve İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü seroprevalansı. Medical Journal Of Bakirkoy. 2018;14(4).
186. Türkiye Verem Savaşı Raporu. 2020. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tuberkuloz-haberler/turkiye-de-verem-savasi.html>. Erişim tarihi:05.04.2022.
187. Kumsar AK, Güner A, Yılmaz FT. Tüberküloz hastalarında damgalama: Hastalığı kabul ve umutsuzluk düzeyine etkisi. Sağlık ve Toplum.2021;31(1):69-77.
188. Chen L, Liu Hg, Liu W, Liu J, Liu K, Shang J, et al. Analysis of clinical features of 29 patients with 2019 novel coronavirus pneumonia. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi. 2020;43:E005.
189. Tian F, Li H, Tian S, Yang J, Shao J, Tian C. Psychological symptoms of ordinary Chinese citizens based on SCL-90 during the level I emergency response to COVID-19. Psychiatry Res. 2020;288:112992.
190. Şahan E. Hasta penceresinden COVID-19 tanısıyla tek başına bir hastane odasında olmak: nitel çalışma. Cukurova Medical Journal. 2021;46(1):223-232.
191. Gençler OS. Hastanede yatan COVID-19 tanılı hastalarda görülen nörolojik semptomlar ve hastalık şiddeti ile ilişkisi. Sağlık Bilimleri Dergisi.2021;76.
192. T.C Sağlık Bakanlığı. HIV-AIDS İstatistik-Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2021. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/hiv-aids-istatistik.html>. Erişim tarihi:05.04.2022.
193. Moran J, Connell J, Burke D, Hall W. Early HIV infection; demographic features and risk factors among individuals with early HIV infection in Ireland 2008-2011. In Irish Journal of Medical Science.2012;236:181-127
194. Daharlı EK, Yılmaz S. Erzurum verem savaş dispanseri'nde 2012-2018 yılları arasında takip edilen tüberküloz olgularının değerlendirilmesi. Turkish Journal of Public Health.2021;19(2):106-115.
195. Erdem M, Taşçı N. Tüberküloz hastalarında benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi.2003;51(2):171-176.
196. Türker K, Balcı E, Batı S, Hasçuhadar M, Savaş E. Ülkemizde hepatit a enfeksiyonunun değişen epidemiyolojisi. Türk Mikrobiyol Cem Derg.2011;41(4):143-148.
197. Alkan Çeviker S, Günel Ö, Kılıç S, Köksal E. Akut Hepatit B virüsü enfeksiyonlarının ve kronikleşme oranlarının retrospektif analizi. Flora Dergisi.2020;25(2).
198. Okhan M, Şavlı P, Özant N, Özkaymak F, Yeşildallar R. İstanbul'da yaşayan COVID-19 temaslı bireylerin korku düzeyleri ve sosyal damgalanma durumlarının incelenmesi. Toplum Ve Sosyal Hizmet.2021;271-288.
199. Kartal H, Kaymak A, Günen M. COVID-19 tanısı alan hastaların sosyo-demografik özelliklerine yönelik semptomlarının incelenmesi. Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi.2021;3(2):126-132.
200. Imran N, Afzal H, Aamer I, Hashmi A, Shabbir B, Asif A, Farooq S. Scarlett Letter: A study based on experience of stigma by COVID-19 patients in quarantine. Pak J Med Sci. 2020 ;36(7):1471-1477.

201. Dodd PJ, Yuen CM, Becerra MC, Revill P, Jenkins HE, Seddon JA. Potential effect of household contact management on childhood Tuberculosis: A mathematical modelling study. *Lancet Glob Heal*. 2018;6(12):E1329–38.
202. Koçako Ş, Zeynep Ş, Ceylan E. 2001- 2006 yılları arasında Şanlıurfa Merkez Verem Savaş Dispanseri'nde takip edilen Tüberküloz olgularının epidemiyolojik özellikleri. *Tur Toraks Der*. 2009;10:9-14.
203. Öztop A, Ünsal İ, Günay T, Özgü, A, Çakmak R, Uçku R. Kahramanlar verem savaş dispanseri'nde 1999-2003 yılları arasında kayıtlı tüberküloz olgularının epidemiyolojik özellikleri. *Solunum Hastalıkları*. 2006;17(3):123-32.
204. Ünlü M. Afyon verem savaş dispanseri'nde 1990-2000 yılları arasında izlenen 627 tüberküloz olgusunun değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları*. 2002; 13: 271-276.
205. Radhakrishna M, Reddy MK, Krishna DR. HIV seroprevalance in general population of warangal, A.P, South India. *J Environ Biol*. 2007;28(4):865-7.
206. Perkins JM, Khan KT, Subramanian SV. Patterns and distribution of HIV among adult men and women in India. *Plos One*. 2009;4(5):5648.
207. Savaş N, Öner S, Tamam L, Öner H, Saltoğlu N, Aytaç N, Akbaba M. Çütf Balcalı hastanesi klinik bakteriyoloji ve enfeksiyon hastalıkları polikliniği'nde izlenen Kronik B Hepatitli hastalarda anksiyete ve depresyon görülme sıklığı. *Flora*. 2002;7(3):177-84.
208. Doğan MM, Düzel B. COVID-19 özelinde korku-kaygı düzeyleri. *Electronic Turkish Studies*. 2020;15(4).
209. Paksoy HM. COVID-19 pandemisi ile oluşan korku ve davranışlara inancın etkisi üzerine bir araştırma: Türkiye örneği. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2020;10(2):135-155.
210. Erdaş MB. HIV tedavisi alan bireylerde tedavi uyumunu etkileyen psikososyal faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. 2020. (Danışman: Prof. Dr. Hakan Kumbasar).
211. Abakay O. HIV/AIDS tanısı alan bireylerin suçluluk ve utanç ile kendini sevmeye ve öz-yeterlilik ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki yordayıcı ilişkiler. Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. 2020. (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ali Fuat Yalçın).
212. Keskin N, Evlice AT, Çakmak S, Tamam L, Kömür S. Hiv pozitif hastaların nöropsikiyatrik açıdan değerlendirilmesi: bir ön çalışma. *Cukurova Medical Journal*. 2017;42(2):292-298.
213. Balbay Ö, Işıkhani V, Annakkaya AN, Arbak P, Bilgin C, Bulut İ, ve ark. Sosyal ve ekonomik boyutuyla Türkiye'deki Tüberküloz hastaları. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004; 2: 5-14.
214. Gonzalez CJ, Hogan CJ, Rajan M, Wells MT, Safford MM, Pinheiro LC, et al. Predictors of life-threatening complications in relatively lower-risk patients hospitalized with COVID-19. *PLoS One*. 2022;17(2):e0263995.
215. Mendy A, Apewokin S, Wells AA, Morrow AL. Factors associated with hospitalization and disease severity in a racially and ethnically diverse population of COVID-19 patients. 2020. doi:<https://doi.org/10.1101/2020.06.25.20137323>.
216. Dağlı Ö. Hepatitis B and Hepatitis C infection prevalence in Ankylosing Spondylitis patients. *Ortadoğu Tıp Dergisi*. 2018;10(3):297-301.
217. Mak WWS, Mo PKH, Cheung RYM, Woo J, Cheung FM, Lee D. Comparative stigma of hiv/aids, sars, and tuberculosis in Hong Kong. *Social Science & Medicine*. 2006;63(7):1912–1922.
218. Ncetakalo N, Mabaso M, Joska J, Simbayi L. Factors associated with external HIV-related stigma and psychological distress among people living with HIV in South Africa. *SSM Popul Health*. 2021; 14:100809.

219. Başçı E. HIV ile yaşayanların toplumda görünür olma durumları: Neden ve sonuçlarıyla nitel bir model. *Sosyoloji Notları*. 2019;3(1):61-89.
220. Yıldırım D. HIV pozitif bireylerde travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon belirti düzeylerinin incelenmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.2019.(Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Recep Emre Tan).
221. Işık Y. HIV tanısı almış heteroseksüel ve homoseksüel erkeklerin psikososyal durumlarının değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Adli Tıp Ve Adli Bilimler Enstitüsü.2019. (Danışman: Prof. Dr. Erdinç Öztürk).
222. Armoon B, Higgs P, Fleury MJ, Bayat AH, Moghaddam LF, Bayani A, Fakhri Y. Socio-demographic, clinical and service use determinants associated with HIV related stigma among people living with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1004.
223. Hekimoglu CH, Kaptan F. Kronik Hepatit B, Kronik Hepatit C ve İnsan Immün Yetmezlik Virüsü Enfeksiyonu olgularında stigmatizasyon algılarının karşılaştırılması. *Klinik Dergisi*. 2014;27(2): 69.
224. Zacks S, Beavers K, Theodore D, Dougherty K, Batey B, Shumaker J, et al. Social stigmatization and Hepatitis C virus infection. *J Clin Gastroenterol*. 2006;40(3):220-4.
225. Moore GA, Hawley DA, Bradley P. Hepatitis C: Studying stigma. *Gastroenterol Nurs*. 2008;31(5):346-52.
226. Adjei CA, Stutterheim SE, Naab F, Ruiter RAC. Chronic Hepatitis B stigma in Ghana: A qualitative study with patients and providers. *BMJ Open*. 2019;9(6):e025503.
227. Açikel G, Pakyüz S. Akciğer Tüberkülozlu hastalarda damgalamanın değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*.2015; 23:136–145.
228. Dhingra VK, Khan SA. Sociological study on stigma among TB patients in Delhi. *Indian J Tuberc*. 2010; 57:12–18.
229. Yin X, Yan S, Tong Y, Peng X, Yang T, Lu Z, Gong Y. Status of Tuberculosis-related stigma and associated factors: a cross-sectional study in central China. *Trop Med Int Health*. 2018; 23(2): 199-205.
230. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Beyond Paranoia and Panic. *Ann Acad Med Singap*. 2020; 49(3):155-160.
231. Enli Tuncay F, Koyuncu E, Özel Ş. A review of protective and risk factors affecting psychosocial health of healthcare workers in pandemics. *Ankara Medical Journal*. 2020;20(2): 488-504.
232. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in January 2020 in China. *Med Sci Monit*. 2020;26:e923921.
233. Erdoğan Ö, Ersoy M. Pandeminin birinci yılında (2020-2021) COVID-19 hastalığı geçirenlerin damgalanma algısı: Türkiye örneği. *International Journal of Social Sciences and Education Research*.2022;8(2):165-183.
234. Mostafa A, Sabry W, Mostafa NS. COVID-19-related stigmatization among a sample of Egyptian healthcare workers. *PLoS One*. 2020;15(12):e0244172.
235. Yuan Y, Zhao YJ, Zhang QE, Zhang L, Cheung T, Jackson T, et al. COVID-19-related stigma and its sociodemographic correlates: a comparative study. *Global Health*. 2021;17(1):54.

236. Yaylı G. Ayaktan tüberküloz tedavisi alan hastaların psikososyal uyumlarının değerlendirilmesi. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.2020. (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Elçin Babaoğlu).
237. Goceer S, Gunay O, Ulutabanca RO, Sonkaya ZI. Factors affecting psychosocial adjustments to illness of active Tuberculosis patients. Med Sci (Turkey).2017;6(4):700-5.
238. İnel A, Atik Derya, Çapar A. Diyabeti olan yetişkinlerin koşulsuz kendini kabul ve kronik hastalığa uyumlarının değerlendirilmesi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi.2021;4(2):153-162.
239. Zengin O, Fırat E, Acar B. Bazı sosyo-demografik özellikler açısından diyabetli bireylerin psikososyal uyum düzeyleri üzerine bir araştırma a research on psychosocial adjustment levels of individuals with diabetes in terms of some sociodemographic features. Bozok Tıp Dergisi. 2017;7(3): 73-80.
240. Öyke N. Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyumu. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.2008. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fatma Yılmaz).
241. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. Int J Environ Res Public Health. 2020 ;17(5):1729.
242. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. Brain Behav Immun. 2020;89:531-542.
243. Kaçan H, Öztürk A, Değer VB. Bireylerin kaygıları COVID-19 salgınına yönelik algı ve tutumlarını etkiler mi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2021;13(Ek 1): 405-420.
244. Alıcılar H. E, Güneş G, Çöl M. Toplumda COVID-19 pandemisiyle ilgili farkındalık, tutum ve davranışların değerlendirilmesi. Estüdam Halk Sağlığı Dergisi. 2020;5:1-16.
245. Doğan SG. HIV'li hastaların stigma, depresyon, yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. Sakarya Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi.2019. (Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Havva Sert).
246. Güner R, Kalem AK, Hasanoğlu İ, Keske Ş, Güven T, Yılmaz GR. Hepatit B virüsü ile enfekte hastaların hastalık hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Viral Hepatit Derg.2012;18:29-33.
247. Özen M. Hepatit B taşıyıcılarının hastalık hakkındaki bilgi, düşünce ve tutumları. Sted/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.2019;28(5):361-371.
248. Can H, Çelik S. B, Önde M, Barışık V, Ömer Z. Aktif tüberküloz hastalarında anksiyete. Smyrna Tıp Dergisi.2011;34.
249. Skapinakis P, Bellos S, Oikonomou A, Dimitriadis G, Gkikas P, Perdikari E, Mavreas V. Depression and its relationship with coping strategies and illness perceptions during the COVID-19 Lockdown in Greece: A cross-sectional survey of the population. Depress Res Treat. 2020;2020:3158954.
250. Wierenga KL, Moore SE, Pressler SJ, Hacker ED, Perkins SM. Associations between COVID-19 perceptions, anxiety, and depressive symptoms among adults living in the United States. Nurs Outlook. 2021;69(5):755-766.
251. Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G. Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi.2013; (2):367-387.

252. Özdemir A. Kanserli hastalarda hastalık algısı ve anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.2016. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Seyhan Çitlik Sarıtaş).
253. Ekenler Ş, Arslan S. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.2019;22(3):151-160.
254. Karabulutlu E, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.2011;14(4):25-30.
255. Borge Cr, Moum T, Puline Lein M, Austegard EL, Wahl AK. Illness perception in people with chronic obstructive pulmonary disease. Scandinavian Journal of Psychology.2014;55(5):456-63.
256. Değer TB, Doğan R. COVID-19 tanılı yaşlılara hastalık nereden ve nasıl bulaştı? .Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi.2022; 5(2):68-77.
257. Sardar T, Rana S. Effective lockdown and role of hospital-based COVID-19 transmission in some Indian States: An Outbreak Risk Analysis. Risk Anal. 2022;42(1):126-142.
258. Yu P, Zhu J, Zhang Z, Han Y. A Familial cluster of infection associated with the 2019 Novel Coronavirus indicating possible person-to-person transmission during the incubation period. J Infect Dis. 2020;221(11):1757-1761.
259. Yildirim B, Tahan V, Ozaras R, Aytakin H, Mert A, Tabak F, Senturk H. Hepatitis C virus risk factors in the Turkish community. Dig Dis Sci. 2005;50(12):2352-5.
260. Balbay Ö, Işıkhani V, Annakkaya AN, Arbak P, Bilgin C, Bulut D, ve ark. Sosyal ve ekonomik boyutuyla Türkiye’deki tüberküloz hastaları: 23 göğüs hastanesinde 733 hasta üzerine bir çalışma. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi.2004;2:5-14.
261. Kayaoğlu SÇ, Esin MN. Tüberküloz hastalarında düzenli ilaç kullanma ile ilgili engeller. Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi. 2018;1(1):1-10.
262. Ali SS, Rabbani F, Siddiqui UN, Zaidi AH, Sophie A, Virani SJ, Younus NA. Tuberculosis: Do we know enough? A study of patients and their families in an out-patient hospital setting in Karachi, Pakistan. Int J Tuberc Lung Dis. 2003;7(11):1052-8.
263. Özmete E, Pak M. The relationship between anxiety levels and perceived social support during the pandemic of COVID-19 in Turkey. Social Work in Public Health. 2020;35(7): 603-616.
264. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, Zheng J. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. Psychiatry Res. 2020;287:112934.
265. Bıyıklı N, Lotfi S. Tüberküloz hastalarının tedavi sürecinde sosyal destek süreçlerinin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.2021;24(3):457-468.

8.EKLER

Ek-1: Kişisel Bilgi Formu

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz

()1.Kadın ()2.Erkek

3.Medeni Durumunuz

()1.Evli ()2.Bekar ()3.Boşanmış ()4.Dul

4.Çocuk Sayınız:

5.Eğitim Durumunuz

()1.İlkokul ()2.Ortaokul ()3.lise ()4.lisans ()5.Yükseklisans/Doktora

6.Çalışıyor musunuz? ()1.Evet ()2.Hayır

7.Mesleğiniz:

8.Ekonomik Durumunuz

()1. Düşük ()2.Orta ()3.Yüksek

9.Kiminle Yaşıyorsunuz?

()1.Yalnız ()2.Anne ve Babamla ()3.EĞim ve çocuklarımla

()4.Diğer

10.Hastalığınız: () 1.Covid-19 ()2.Tüberküloz ()3.Hepatit ()4.HIV

11. Hastalığınızın süresi:

12. Hastalığınız hakkında yeterince bilgi sahibi misiniz?

()1. Hayır ()2.Kısmen ()3.Evet

13.Çevreniz tarafından hastalığınızdan dolayı damgalandığınızı, dışlandığınızı hissediyor musunuz?

()1. Hayır ()2.Kısmen ()3.Kesinlikle

14. Ne kadar süredir hastanede yatıyorsunuz?

15. Tedavi gördüğünüz başka bir kronik (fiziksel veya psikolojik) rahatsızlığınız var mı?

()1. Evet ()2. Hayır

Cevabınız evet ise rahatsızlığınız nedir?

Ek-2: Hastalığa Psikososyal Uyum – Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)

Açıklama: 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 yanıtsız bırakmayın. Eğer belli bir soruya ait yanıt şıklarından hiçbiri sizin durumunuzu yansıtmıyorsa, durumunuza 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 göz önüne 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 ailenizin 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. 2. Bölümde çalışma performansınızla ilgili sorular yer almaktadır. İşiniz sürekli ya da yarı zamanlı olsa bile, yine de işiniz ve mesleğiniz genel durumu açısından yanıt veriniz. Eğer bir ev kadınıysanız ev işleri, komşularla 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.

BÖLÜM-I

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

- ☐ a. Sağlığımı çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim,
- ☐ b. Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim,
- ☐ c. Genellikle sağlığım ile 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 işaretleyin.

- ☐ a. Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum,
- ☐ b. Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum ya da yorgun veya meşgul oluyorum,
- ☐ c. Hastalığımanın bakım ve koruması için yaptığım uygun bir çok şey var,
- ☐ d. Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

(3) Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünöyorsunuz?

- ☐ 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 öncekileriyle aynı kalitede değıl,
- ☐ d. Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

(4) Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğér tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğér personel hakkındaki görüşleriniz nedir? Size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

- ☐ a. Tedaviden hiç memnun değılim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi 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 seçeneğı işaretleyin.

- ☐ a. Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım,
- ☐ b. Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski halime döneceğimi düşünüyorum,
- ☐ c. Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime 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 diğér tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneğı işaretleyin.

- ☐ a. Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğér 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 kaniya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum,
- ☐ d. Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğér tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detaylarıyla 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 eden 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 bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün 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) Şuan mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

- ☐ a. Kötü durumda,
- ☐ b. Pekiyi 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 önemli mi?

- ☐ 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 sorunlarınızda 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 v.b.)

- ☐ 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 hallolacak 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 olamadı,
- ☐ 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 düşünüyor musunuz, 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) Sizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

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

BÖLÜM – IV

(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. Hastalandığımdan 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 bir azalma yok.

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

- ☐ a. Cinsel aktivitede bir azalma yok,
- ☐ b. Cinsel aktivitelerde çok az ölçüde bir azalma var,
- ☐ c. Cinsel aktivitelerde 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. İlgim 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 onlardan destek görebiliyor musunuz, 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 bağılırlar. Sizin bağılılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağılılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

- ☐ a. Bağılılığım önemli ölçüde yok oldu,
- ☐ b. Bağılılığım önemli ölçüde azaldı,
- ☐ c. Bağılılığım biraz azaldı,
- ☐ d. Bağılılığım yoktu veya çok azdı, bu bağılılık 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 ilgileniliyor 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 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.

BÖLÜM VII

(1) Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

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

(2) Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

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

(3) Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

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

(4) Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

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

(5) Son zamanlarda hastalığınızla ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

- ☐ a. Olmadı,
- ☐ b. Çok az,
- ☐ c. Oldukça fazla,

☐ d. Aşırı derecede.

(6) Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

☐ a. Olmadı,

☐ b. Çok az,

☐ c. Oldukça fazla,

☐ d. Aşırı derecede.

(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-3: Hastalık Algısı Ölçeği

Hastalığınızın belirtileri hakkında görüşleriniz

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

	Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti hastalığımla ilgili	
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

Hastalığınız hakkında sizin görüşleriniz

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

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

Hastalık hakkındaki görüşler	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen 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 (öngörülemmez)					
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 endişelendiriyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

Hastalığınızın nedenleri hakkında görüşleriniz

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 | |

Olası Nedenler	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (irisi)					
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 hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

Ek-4: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

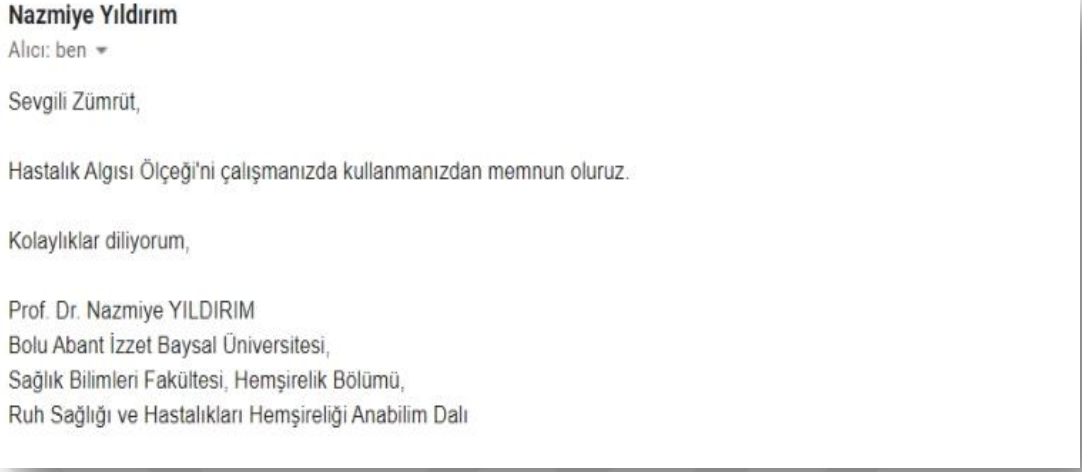
Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvенеbilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

Ek-5: Ölçek Kullanım İzinleri

‘Hastalık Algısı Ölçeği-24’ü kullanmak için Kocaman’dan izin e-postası



‘Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’ni kullanmak için Arkar’dan izin e-postası

