



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE ÖFKE,
DEPRESYON, ANKSİYETE VE UMUTSUZLUĞUN HASTALIĞA
UYUM İLE İLİŞKİSİ**

Fatma DENİZ
Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Didem AYHAN

Bandırma, 2024

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE ÖFKE,
DEPRESYON, ANKSİYETE VE UMUTSUZLUĞUN HASTALIĞA
UYUM İLE İLİŞKİSİ**

Fatma DENİZ
Yüksek Lisans Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Didem AYHAN

Bandırma, 2024



**BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TEZ ONAYI**

Bu çalışma 06.05.2024 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından [Hemşirelik
Anabilim Dalı], [Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı]
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



BEYAN

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

(06/05/2024)

Fatma DENİZ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca bana destek olan, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, konuşulan her konuda bana farklı bir bakış açısı kazandıran, samimiyeti ve içtenliğiyle bu süreci sağlıklı bir şekilde yönetmemi sağlayan aynı zamanda tez danışmanım olan çok değerli hocam Doç. Dr. Didem Ayhan'a,
Araştırmaya gönüllü olarak katılan hasta bireylere,
Yüksek lisans ders dönemi boyunca nöbet listelerimi kendi rızasıyla ayarlayan, eğitim sürecimi destekleyen sevgili Gülay Yirci Kara'ya,
Klinik çalışma sürecimde ve veri toplama aşamasında bana sonsuz desteğini sunan sevgili dostum Feride Altınbaş'a,
Hayatım boyunca bana sonsuz anlayış gösteren, motivasyon kaynağım olan, her zaman umutlu olmamı sağlayan annem Miyase Alkan'a, ablam Ayşe Bozyiğit'e, yengem Gamze Deniz'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Fatma DENİZ

Bandırma, 06/05/2024

ÖZET

Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Öfke, Depresyon, Anksiyete ve Umutsuzluğun Hastalığa Uyum ile İlişkisi

Bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde sürekli öfke, umutsuzluk, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerde öfke, depresyon, anksiyete ve umutsuzluğun hastalığa uyum ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmaya yaş ortalaması $44,18 \pm 16,952$ olan 193'ü erkek, 207'si kadın olmak üzere 400 kişi katılmıştır. Ayrıca çalışma verilerinin toplanmasında sosyodemografik form, Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği, Sürekli Öfke Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeği kullanılmıştır. Çalışma verilerinin analizinde Pearson korelasyon analizi, bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Çalışmada kronik hastalığı olan grubun sürekli öfke, anksiyete, depresyon düzeyleri kronik hastalığı olmayan grubun sürekli öfke, anksiyete, depresyon düzeyinden daha yüksektir.

Ek hastalığı olan grubun kronik hastalıklara genel uyum düzeyi ek hastalığı olmayan gruptan daha yüksektir. Regresyon analizi sonuçlarına göre sürekli öfkenin, umutsuzluğun ve depresyonun kronik hastalıklara uyumu açıkladığı ancak anksiyetenin açıklamadığı görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada elde edilen korelasyon analizi sonuçları ve sosyodemografik değişken gruplarına yönelik elde edilen bulgular, ilgili literatürde yer alan bulgular ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Hastanede yatan hasta, kronik hastalık, psikososyal bakım

ABSTRACT

The Relationship between Anger, Depression, Anxiety and Hopelessness and Adjustment to the Disease in Individuals with Chronic Diseases

In this study, the relationship between adjustment to chronic diseases and trait anger, hopelessness, anxiety and depression was investigated. It was aimed to examine the relationship between anger, depression, anxiety and hopelessness and adaptation to the disease in individuals with chronic diseases. 400 people, 193 men and 207 women, with a mean age of 44.18 ± 16.952 , participated in this study. In addition, sociodemographic form, Chronic Disease Adjustment Scale, Trait Anger Scale, Beck Hopelessness Scale, Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale were used to collect the study data. Pearson correlation analysis, independent sample t-test and one-way analysis of variance and multiple linear regression analysis were used in the analysis of the study data. In the study, the trait anger, anxiety, and depression levels of the chronic disease group were higher than the trait anger, anxiety, and depression levels of the group without chronic illness. The general compliance level of the group with comorbidities to chronic diseases is higher than the group without comorbidities. According to the results of regression analysis, it was seen that trait anger, hopelessness and depression explained adaptation to chronic diseases, but anxiety did not. In addition, the results of the correlation analysis obtained in this study and the findings for sociodemographic variable groups were discussed by comparing them with the findings in the relevant literature.

Keywords: Hospitalized Patient, chronic disease, psychosocial care

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ ONAYI	iii
BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırma Soruları	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Sağlık, Hastalık ve Bakım Kavramları	7
2.1.1. Sağlık Kavramı	7
2.1.2. Hastalık Kavramı	8
2.1.3. Bakım Kavramı	10
2.2. Yatan Hastalarda Sık Görülen Psikososyal Tepkiler	11
2.2.1. Anksiyete	11
2.2.2. Depresyon	12
2.2.3. Öfke	13
2.2.4. Umutsuzluk	15
2.3. Uyum Kavramı	16
2.3.1. Fizyolojik Uyum	17
2.3.2. Psikolojik Uyum	18
2.3.3. Sosyal Uyum	18
2.3.4. Uyum Sürecinde Hemşirelik Girişimleri	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Evren ve Örneklem	21
3.2. Veri Toplama Araçları	22
3.2.1. Sosyo-Demografik Form (EK 2)	22
3.2.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği (EK 3)	22

3.2.3. Sürekli Öfke Ölçeği (EK 4)	22
3.2.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği (EK 5)	23
3.2.5. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (EK 6)	23
3.3. Uygulama	24
3.4. Verilerin Analizi	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	40
6.1. Öneriler	41
7. KAYNAKLAR	42
8. EKLER	51
9. ÖZGEÇMİŞ	61

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4. 1. Sosyo-demografik değişkenlerin sayı ve yüzde dağılımları (n=400)	25
Tablo 4. 2. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinin sosyo demografik veriler açısından değerlendirilmesi	27
Tablo 4. 3. Kullanılan ölçme araçlarının ve yaş değişkeninin betimleyici istatistikleri	29
Tablo 4. 4. Toplam puanlar arası korelasyon analizi sonuçları	31
Tablo 4. 5. Kronik hastalıklara uyumun sürekli öfke, umutsuzluk, depresyon ve anksiyete ile yordanmasına yönelik çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları	33

KISALTMALAR VE SİMGELER

HAD : Hastane Anksiyete Ve Depresyon

WHO : World Health Organization

KHUDÖ: Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

KLP : Konsültasyon Liyezon Psikiyatri

ANOVA : Tek Yönlü Varyans Analizi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlığın tanımı en sık kullanılan tanımdır. Dünya Sağlık Örgütü' ne göre sağlık, fiziksel olarak sağlıklı olma durumundan ziyade, bireyin biyo-psiko-sosyal yönden bütününe iyi olma durumudur. Yani biyo-psiko-sosyal yönden iyilik halinde olmak olarak algılanmıştır (Larson, 1991). Hastalık ise bireyin biyo-psiko-sosyal boyutlarda farklı seviyelerde yaşamış olduğu kimlik, mevcudiyet ve yaşam krizidir (Özkan, 1993; Kozier ve ark., 1994). Sağlığın bozulması durumu olan hastalık, her insanın başına gelebilecek ve en sık rastlanabilecek stres etkenlerinden biri olarak sayılabilir. Bireyin hastalığına olan karşı tutumu ve algılama biçimi de stresin yoğunluğunu etkiler (Batıgün ve ark., 2011).

Hastalık kavramı akut ve kronik olarak iki temel düzeyde sınıflandırılabilir. Akut hastalıklar, birçok kaza sonucunda ortaya çıkabilen, meydana gelen olayın ciddiyetine göre değişkenlik gösteren, bireyde oluşabilecek fiziksel ve ruhsal problemlerin derecesine göre tedavi süresi net olarak belirlenemeyen hastalıklar olarak tanımlanabilir (Ekşi, 1990). Kronik hastalıklar ise, sağlıklı olan bedenin normal işleyişine uygun olmayan, geri dönüşü olmayan sekeller bırakabilen, bireyin hasta olma durumuna uyum gösterebilmesi için özel eğitimler gerektiren, kısa süreli olmayan ve belki de yaşam boyunca denetim ve bakım gerektiren hastalıklar olarak tanımlanabilir (Cadman ve ark., 1981).

Kronik hastalıklar, literatürde bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak ifade edilmektedir. Dünya genelinde sakatlıklara ve ölüme en çok yol açan hastalıklar olarak da bilinmektedir (WHO, 2018). Bunlar uzun dönemlidirler. Genellikle yavaş ilerleme gösterirler. Tıbbi girişimlerle tedavi edilemezler. Tedavi planı olarak baz alınan nokta, hastalığın derecesini azaltmak ve bireyin kendine bakım konusunda işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmaktır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın kronik hastalıklar her gün artmaktadır (Cadman ve ark., 1981). Özellikle düşük ve orta düzeyde olan ülkeler için ciddi ekonomik risk oluşturmaktadır. Küreselleşmenin sonuçlarından biri olan yoksulluk, ani nüfus artışı, gıda yetersizliği, sağlığa zararlı olan besinlerin tüketiliyor olması, kronik hastalıkların görülme olasılığını arttırıcı yönde etkilemektedir (WHO, 2020). Ülkemizde yaşam süresinin uzaması ve nüfus yoğunluğunun artması kronik hastalıkların sorun haline gelmesine

neden olmaktadır. Etkili korunma, tedavi ve bakım verilmez ise, gelecekte kronik hastalıklardan kaynaklı ölüm sayıları artacağı ön görülmektedir. Bu durum ülkenin sadece sağlık sistemini etkilememekte toplumsal birçok probleme neden olmaktadır (Bulaşıcı olmayan hastalıklar çok paydaşlı eylem planı, 2017-2025). Bireyde kronik hastalığın var olması bakım ve tedavi masrafları yönünden bireyi yoksulluk sınırının altına düşürebilmektedir. Kronik hastalıkların beraberinde getirdiği birtakım faktörler stres etkeni olabilmektedir. Bu yüzden kronik hastalıkların yönetimi, hastalığın beraberinde getirmiş olduğu fizyolojik sorunların yanı sıra psikososyal sorunların yönetimini de kapsar (Kocaman, 2006). Böylece bireylerin uzun dönemli, tedavi edilemeyen, semptomların kontrol altına alınması ile yaşam kalitesinin artırılabilirdiği bu hastalıklarına uyumları sağlanması hedeflenmektedir. Bireyin hastalık tanısını aldıktan sonra daha kaliteli yaşayabilmesi için sürece uyum sağlaması gerekmektedir. Uyum sağlaması ile birlikte tedavi süreci başlar, hastalığa bağlı semptomların varlığı ile yaşanabilir bir hale gelebilecektir. Bireyin uyum sağlamasında birçok faktör etkilidir. Hastalığının türü, bireyin yaşı, eğitim düzeyi, sosyal hayatı, ailesi, baş etme yöntemleri, kişilik özellikleri, yaşadığı çevre gibi birçok faktör etkili olmaktadır (Akın, 2006). Bireylerin uyumunu etkileyen bu faktörler aynı zamanda hastalık sürecinin başlamasıyla birlikte ortaya çıkan sorunları da eklemektedir.

Hastalık durumunda bireyler birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Birey var olan krizle beraber temel gereksinimlerini karşılamada sorun yaşar ve buna bağlı olarak da psikososyal problemler gelişir. Hemşirelik bakımında bireyi sadece fizyolojik olarak değil bireyin hastalığa verdiği tepkileri de anlamak için hastayı biyo-psiko-sosyal açıdan bütüncül ele almak gerekir (Kocaman, 2010). Hastalığın var olmasıyla beraber bireyde bir takım duygusal değişimler meydana gelmektedir. Bu değişimler farklı derecelerde korku, kaygı, stres, regresyon, inkar, öfke, depresyon, umutsuzluk, çaresizlik, utanç, yalnızlık gibi sorunlara yol açmaktadır (Elbi, 2006). Bu sorunlar sadece hastalığa ve tedaviye uyumu değil bireyin günlük rutinlerini, alışkanlıklarını yerine getirememesi, iş, arkadaş, aile rollerinde değişimlerle beraber meydana gelen manevi sorunlara, tedavi sürecinde iş hayatından uzak kalmasından kaynaklı maddi kayıplara neden olabilmektedir. Tüm bu değişimler bireyi etkilemekte, beraberinde birçok sorunu da var edebilmektedir. Bireyden bireye değişim göstermekle beraber farklı tepkilerde ve dozlarda hastalığa ve hastaneye yatmaya uyumsuzluk, tedaviyi reddetme, iletişimde bozukluklar, bilgi eksikliği, sosyal izolasyon, intihar gibi uyumsuz davranışlara yol açmaktadır (Al-Sahan MM ve ark.,

2020). Bu davranış değişimleri aslında hastalığın kabullenme sürecinin olmadığının göstergesidir (Şireci ve ark., 2017). Kabullenme sürecinin başlamasıyla hastalık durumunu içselleştirme, rahatlama ve var olan kriz durumunu yok etmek için arayışa girme, hastalığı hakkında bilgi arama ve doğru bilgiye ulaşma, destek arama, hastalıkla beraber yaşama, adapte olma ve bu dönemde tedaviye ayrılan zaman dışında kendine vakit ayırma gibi hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyecek uyumlu davranışlarda gösterebilir (İnkaya, 2016).

Hastalığa konulan tanı ile beraber tedavi süreci başlar. Hastalık, ağrı, halsizlik ya da kanama gibi yaşamı tehdit eden fizyolojik semptomlara neden olabilir. Anksiyete, korku, öfke, umutsuzluk, isyan, ölüm korkusu, uykusuzluk, tedaviyi reddetme gibi psikolojik sorunlar da fizyolojik semptomların daha da kötüleşmesine sebep olabilmektedir (Cockerham, 2017). Hastanın takip ve tedavisinden sorumlu olan hemşirenin, ciddi bir hastalığı olan bireyin bedensel belirtilerinin psikolojik stresörlere yol açabilme ilişkisini fark edebilme ve yorumlayabilme becerisine sahip olması gerekir. Bu yüzden bireyi sadece fizyolojik olarak değil psikolojik olarak da ele alması gerekir. Böylece kronik hastalığa sahip olan bireye ve ailesine hastalığın sonuçları ile baş edebilme konusunda rehberlik etmiş olup, uygun olan hemşirelik girişimi ve yönetimi ile olumlu fiziksel iyileşmeye de katkısı olacaktır (Sharrock, 2000). Kronik hastalıklar iyi yönetilemezse hastane yatışlarına sebep olabilmektedir.

Bireyin hastalığından dolayı hastaneye yatışı gerçekleştiğinde, bu duruma en iyi adapte olabilecek hasta birey bile bir hayli endişelenebilir (Sürme, 2019). Hastalık, bireyi birçok sorunla karşı karşıya bırakabilmektedir. Bunlar; hayatının tehdit altında olduğu düşüncesi, ağrı-acı çekme, sakatlık hali, zarar görme, beden bütünlüğünün bozulması, başkasına bağımlı olma, tedavi süreciyle artan maddi kayıplar, günlük aktivitelerinin kısıtlanması, sorumluluklarını yerine getirememe, ilişkilerinin tehdit altına girmesi, damgalanma, hastalığa bağlı gelişen komplikasyonlar, ilaçların yan etkileri, yabancı olduğu bir ortamda var olma gibi sayılabilir (Kocaman, 2010). Yaşanan bu sıkıntılar hastalarda psikolojik ve davranışsal tepkilere yol açar. Her bireyde meydana gelen bu değişimler farklılıklar göstermektedir. Ayrıca hemşire periyodik olarak hastanın psikososyal durumunu sorgulamalı, geçerli ölçümlerle değerlendirme yapmalıdır (Ülger ve ark., 2014).

Hastanede uygulanan tedavilerin de beraberinde getirdiğı birçok sorun vardır (Kaya, 2002). Genel hastane ortamı hasta için olduğu kadar sağlık çalışanları için de yüksek derece de stres kaynağı olabilmektedir. Teknolojik gelişmeler, değişimlere ve

yeniliklere neden olmakta bu da birçok problem yaratmaktadır (Kızılırmak, 2016). Hemşireler çalışma mesailerinde hastaların psikososyal sorunları ile karşılaşmaktadır. Hemşirelerin hasta bireylerin fizyolojik sorunlarını yönetmede diğer sağlık profesyonellerine göre daha etkin olmasına karşın, hastaların psikososyal problemleri yönetmede daha az hazırlıklı oldukları ifade edilmiştir. Psikiyatrik klinikler dışında çalışan hemşirelerin psikiyatrik ve psikososyal sorunlar hakkında yetersiz bilgiye sahip olduğu da belirtilmektedir (Kocaman, 2010). Hemşireler hastayı bütüncül değerlendirebilmek adına hasta da gelişen psikolojik sorunları gözlemlemekte ve buna yönelik girişimler için yardıma ihtiyaç duymaktadır. Sonuçta öğrenci hemşirelerin lisans eğitimi, aktif çalışan klinik hemşirelerin deneyimi, sağlık sisteminin işleyişi gibi sıralanabilecek birçok noktada var olan sorunlar, hemşirelerin hastayı biyo-psikososyal açıdan bütün olarak ele almasına engel olabilmekte, hastayı psikososyal açıdan ihmal etmeye sebep olabilmektedir.

Fizyolojik hastalığı olan bireylerin psikososyal sorunlarının da ele alınması hasta bakım kalite düzeylerini arttırdığı, mortalite ve morbidite oranlarını azalttığı, hastanede kalma sürelerini ve genel hastane masraflarını düşürdüğü belirtilmiştir (Sharrock, 2001). Psikososyal sorunların varlığını gösteren davranışları tanıyabilme ve hemşire olarak bu durumu yönetebilme becerisine sahip olma sadece hastayı iyilik hali açısından olumlu etkilemeyecek, hemşirelerin de mesleki olarak doyum hissetmelerine ve engellenmişliklerinin de azalmasına neden olacaktır (Kocaman, 2010).

Kronik hastalıklar sadece birey için değil aileleri için de sorun olabilmektedir. Hastaların ve ailesinin psikososyal bakımı alabilmeleri için hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının bu konuda desteklenmesi ve güçlendirilmesi gerekmektedir. Tanı alındıktan sonraki süreç hasta yakınları için güçtür. Hasta yakınlarının desteklenmesi hususu çok kez göz ardı edilebilmektedir. Hasta yakınları kendilerini çaresiz, tükenmiş, yalnız, umutsuz hissedebilmektedir. Bu durum bireyin hastalığa adaptasyonuna karşı direnç göstermektedir. Hastanın tedavi ve bakımıyla ilgilenen ekibin hasta yakınına da ele almaları gerektiği hakkında farkındalık oluşturulmalıdır (Özkan;Çoban, 2014).

Hemşireler hasta bireylerin potansiyellerinin farkında olmalı, bireye inanmalı, bireye inandıklarını hissettirmeli, bireyi yargılamadan dinlemeli, empati kurabilmeli, bireyin süreç ile ilgili geri dönüş verme konusunda cesaretlendirmeli, hasta için planlanmış olduğu hemşirelik sürecini bireyin kültürünü de göz önünde bulundurarak

vermelidir (Norman, 2008; Watkins, 2007). Hasta birey hastalığın yıkıcı etkilerinden dolayı, hastalıktan önceki hayatını sürdürmekte güçlük çeker. Normali yaşama potansiyeli, bireyin içindedir. Hemşire bu potansiyelin ortaya çıkmasında bireye destek olmalıdır (Çam ve ark., 2014).

Hastalığın anlamı hastanın algısını ifade eder. Kişinin savunma mekanizması, kişilik özellikleri de bireyin hastalık algısı üzerinde rol oynar (Gorman, 2014). Yani hasta birey değerlendirilirken ‘hastalık vardır’ düşüncesinden ziyade ‘hasta vardır’ düşüncesi ile kişi ele alınmalıdır (Kocaman, 2015).

Bireyin hastalıkla beraber gelişen yeni durumuna uyumu için duygularını anlayabilmesi, tanımlayabilmesi, ifade etmeyi öğrenebilmesi, sosyal destek sistemlerini harekete geçirebilmesi, yardım isteme ve alma becerisini kazanabilmesi ve etkili baş etme yöntemlerine sahip olabilmesi gerekmektedir. Hastadan sorumlu olan hemşire bireye empatik yaklaşımla karakterize olan psikososyal desteği vermelidir. Hastaya uygulanacak tedaviler dışında zaman ayrılması, hastanın hissettiklerini özgürce ifade etmesine fırsat verilmesi, hastaya yaşadığı durumun ve hastalığın beraberinde getirdiği sorunların zor olduğunu anlayabildiğini ve bu durumun kabul edildiğinin iletilmesi, hastaya terapötik dokunmanın kullanılmasının hastaya yardımcı olacağı belirtilmiştir (Topbaş ve ark., 2017; Kocaman, 2015).

Kronik hastalıklara uyum sürecinde hemşireler; hastaya bilgi verecekleri konu hakkında yetkin olmalı, terapötik iletişim kurma becerisine sahip olmalı, yargılayıcı bir tutumdan kaçınmalı, davranışları ve beden imajlar konusunda dikkatli olmalı, hastanın duygularını ortaya çıkaracak sorular sormalı ve amaçlı olmalı, bireyi etkin bir şekilde dinlemeli, hasta hakkında yeterli bilgi sahibi olmalı, bireyin bilgi eksikliklerini gidermeli, hastalıkları hakkında soru sormalarına izin vermeli, bireyi hastalıkla ilgili konularda karar verme durumlarında özne yapmalı, bireyin etkili baş edebilmesine yardımcı olmalı, bireyin psikososyal durumunu periyodik değerlendirmeli, ihtiyaç duyulduğu zamanlarda uzmanlara yönlendirilmesi konusunda destekçi olmalıdır (Aydemir, 2019).

Hemşirenin sahip olduğu bilgileri davranışa dökmesi önemlidir. Davranışa dökülen bilgi, hasta bakım kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır.

Yukarıdaki nedenlerden dolayı kronik hastalığı olan bireylerin psikososyal sorunları belirlenmeli, bu belirlenmiş olan sorunların sonucunda kronik hastalıklarına olan uyumları ortaya konmalıdır. Bu konu da gerek hemşireler gerekse de yöneticiler

bilgilendirilmeli ve güçlendirilmelidirler. Psikososyal sorunlar bireylerin hastalığa uyumu açısından gerekli ve hassas bir konu olarak değerlendirilmelidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerde öfke, depresyon, anksiyete ve umutsuzluğun hastalığa uyum ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hasta Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) toplam puan ortalamaları nasıldır?
2. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sürekli Öfke Ölçeği toplam puan ortalamaları nasıldır?
3. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puan ortalamaları nasıldır?
4. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği (KHÜDÖ) toplam puan ortalamaları nasıldır?
5. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin anksiyete, depresyon, öfke, umutsuzluk ve hastalığa uyum puanları arasındaki ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık, Hastalık ve Bakım Kavramları

2.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, kültürden kültüre, toplumdan topluma, kişiden kişiye farklı algılanabilen bir olgudur. Geleneksel sağlık tanımı anlayışına göre geçmiş dönemlerde hastalığın ve sakatlığın olmayışı olarak algılanmıştır. Bu tanıma bakıldığında hastalığı ya da sakatlığı olmayan kişiler sağlıklı olarak nitelendirilmiştir. Yani baz alınan nokta fiziksel hastalık olmuştur (Seedhouse, 1986). Ancak sağlık fiziksel, ruhsal, sosyal boyut olarak birbirini tamamlayan, birbirinden ayrı düşünülmeyen ve dengeleyen bir olgudur. Bu fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlar birbirini etkiler ve etkilenir. Sağlık kavramını bir bütün olarak ele almak için bu üç boyutun birbiri içinde uyumlu olması gerekir. Boyutların bütünlüğü arasında bir uyumsuzluk meydana gelirse hastalık durumu meydana gelir. Yani sağlık, sadece hastalık durumunun olmayışı olarak tanımlanırsa eksik ve yetersiz olacaktır (Larson, 1981).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık hakkında yapılan tanım en yaygın olan tanımdır. Dünya Sağlık Örgütü' ne göre sağlık, fiziksel olarak sağlıklı olma durumundan ziyade, bireyin biyo-psiko-sosyal yönden bütününe iyi olma durumudur. Yani biyo-psiko-sosyal yönden bütün bir şekilde iyilik halinde olmak olarak algılanmıştır. Bireyin sağlıklı olma kriterine sahip olabilmesi için gerek sosyal ve ruhsal gerekse de fiziksel yönden kısacası bireyin her yönüyle iyi olması gerekmektedir (Robinson; Elkan, 1986)

Sağlık kavramı tanımını daha iyi algılamak için ikiye ayırmak gerekir; subjektif sağlık ve objektif sağlık (Birol, 1997). Subjektif yani öznel olarak sağlık, kişinin sağlığını fiziksel, ruhsal, sosyal boyutlarıyla kendisini nasıl algıladığıdır. Hastalık olmadığında hasta, hastalık olduğunda ise sağlıklı olarak algılamasıdır. Objektif olarak sağlık ise; muayene ve tanı sonucunda hastalığın olmamasıdır. Bireye sağlıklı diyebilmek için ayrılan objektif ve subjektif sağlık tanımının bütün olması gerekir (Bolsoy, Sevil, 2006).

Sağlık birçok boyuta sahip olan bir olgudur. Sağlık, dolaylı ve doğrudan olan çok sayıda faktörden etkilenmektedir. Biyo-psiko-sosyal boyutlar haricinde çevre, kültür, davranış, genetik, sosyal destek düzeyi, sağlık hizmetleri gibi sayılabilecek faktörler sağlığı doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Her bireyin kendine

özgü olmasından kaynaklı bu faktörler bireyi farklı dozlarda etkilemektedir. Etki düzeyleri de bireyden bireye değişkenlik göstermektedir (Larson, 1981).

2.1.2. Hastalık Kavramı

Hastalık tanımı, sağlık tanımının var olmasıyla anlam kazanır. Hastalık, her bireyin hayatında tecrübe edebileceği bir durumdur. DSÖ'ne göre hastalık; bireyin biyo-psiko-sosyal boyutlarda farklı seviyelerde yaşamış olduğu kimlik, mevcudiyet ve yaşam krizidir (Özkan, 1993; Kozier ve ark., 1994).

Hastalık tanımı toplumdan topluma, zamandan zamana göre değişkenlik göstermiştir. Modern tıptan önce hastalık durumu farklı algılanmıştır. Hastalığın vücutta meydana getirdiği dengesizlik durumu, tanrının bireye verdiği ceza olarak algılanmıştır (Adak, 2006). Örneğin 14. ve 15. yy'da binlerce kişinin ölümüne sebep olan 'kara ölüm' olarak nitelendirilen veba hastalığı insanların günahlarının bedeli olarak söylenmiştir (Çınarlı, 2008). Modern tıpta ise hastalık durumu insan vücuduna mikroorganizmaların girmesi ya da kaza ve yara sonucu meydana gelen değişimler olarak tanımlanmıştır. Modern düşünce sonrasında gelişen postmodern düşüncede ise bireyin kendi sağlığından sorumlu olduğu ifade edilmiştir. Bu düşünceye göre bireyin hasta olmasına neden olan şey bireyin yaşam tarzıdır (Sarı ve Atılğan, 2012). Post-modern düşünce de ise bireyin sağlıklı kalmasına yani hasta olmaması bireyin yaşam tarzına bağlanmıştır. Bireyin hasta olmama hali bireyin sorumluluğundadır (Akdur, 1998).

Hastalık durumu bireyin önceliklerini sorgulamasına neden olan ve bireyi strese sokan kriz durumudur. Her birey gelişen bu kriz durumunda farklı davranışlar, duygular ve tepkiler verir. Bireyin fiziksel durumunu etkileyebileceği gibi emosyonel durumunu da etkiler. Kriz durumunda birey tehlikede olduğunu algılar ve buna yönelik anksiyete, korku, öfke duyguları oluşur (Fine ve ark 2004; Poortinga 2007).

Hastalığın anlamı hastanın algısını ifade eder. Kişinin savunma mekanizması, kişilik özellikleri de bireyin hastalık algısı üzerinde rol oynar ve bu durumlar strese neden olan bu hastalık durumuna, farklı cevaplar vermesine neden olur. Bireyin hastalığı etkileme ve hastalıktan etkilenme durumu sosyo-ekonomik, sosyokültürel, psikolojik, ekonomik durumuna göre farklılıklar gösterir. Birey sahip olduğu inançları, ırkı, kültürü, yaşadığı yer, yaşı, aile hayatı, değerleri, bilgi durumu, değerleri doğrultusunda hastalığını anlamlandırmaya ve açıklamaya çalışır. Bireyin hastalığa

verdiği tepkiler; öfke, inkar, regresyon, kaygı, belirsizlik, tedaviyi reddetme, yetersizlik ve başarısızlık, güçsüzlük, utanç, suçluluk, gizleme, yalnızlık, kendini izole etme, umutsuzluk, rahatlama ve yas ve olarak sayılabilir (Özkan, 1993).

Gelişmeler ve değişimlerle beraber hastalık kavramı sağlık kavramına dönüşmüştür (Nettleton, 1995). Bu anlayış ile günümüzde, hastalıkları tedavi etme durumundan önce sağlığın korunması ve bulunduğu konumdan daha üst konuma getirilmesi kısacası hasta olmadan önce, var olan sağlıklı olma durumunu daha da iyileştirmek olarak ifade edilmiştir (Adak 2016).

2.1.2.1. Akut hastalık: Akut hastalıklar ise; birçok kaza sonucunda ortaya çıkabilen, meydana gelen olayın ciddiyetine göre değişkenlik gösteren, bireyde oluşabilecek fiziksel problemlerin derecesine göre tedavi süresi net olarak belirlenemeyen hastalıklar olarak tanımlanabilir. Aniden ortaya çıkan, kısa ve şiddetli bir seyri olan hastalıklardır. Hayati tehdit eden durumları var olabileceğinden dolayı acil tedavi edilmeleri gerekir (Mosby, 1998). Akut hastalıklar arasında, akut lösemi, akut larenjit, akut romatizmal ateş, akut bronşit, akut farenjit, akut solunum sıkıntısı sendromu gibi birçok hastalık sayılabilir.

2.1.2.2. Kronik hastalık: Kronik hastalıklar, sağlıklı olan bedenin normal işleyişine uygun olmayan, geri dönüşü olmayan sekeller bırakabilen, bireyin hasta olma durumuna uyum gösterebilmesi için özel eğitimler gerektiren, kısa süreli olmayan ve belki de yaşam boyunca denetim ve bakım gerektiren hastalıklar olarak tanımlanabilir (Portillo ve ark., 2005).

Kronik hastalıklar uzun seyrlidir. Genellikle yavaş bir şekilde ilerler. Tıbbi yöntemlerle tedavi edilemezler (WHO, 2005). Tedavi planı olarak baz alınan nokta, hastalığın derecesini azaltmak ve bireyin kendine bakım konusunda bireyin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmaktır. Çok sık görülür, mali yükleri fazladır ve önlenemez hastalıklardır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın kronik hastalıklar her gün artmaktadır. Bireyde kronik hastalığın var olması bakım ve tedavi maliyeti açısından bireyi fakirlik sınırının altına düşürebilmektedir. Kronik hastalıkların oluşmasında kolesterol ve kan basıncı yüksekliği, obezite ihtimalini arttıracabilecek olan; aşırı düzeyde alkol kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel aktivite azlığı, tütün ve ürünleri kullanma gibi olumsuz davranış örüntüleri büyük risk faktörleri olarak değerlendirilebilir (WHO, 2018).

Kronik hastalıkların beraberinde getirdiği bir takım faktörler stres kaynağı olabilir. Bu yüzden kronik durumların yönetimi, fizyolojik durumların yanı sıra psikososyal durumların yönetimini de kapsar (Portillo ve ark., 2005). Kronik hastalıklar arasında diyabet, hipertansiyon, kronik arter hastalığı, kronik romatizmal hastalıklar, akdeniz ateşi hastalığı, multiple skleroz, spinal muskuler atrofi hastalığı, koah, astım, sedef, kanser, migren, depresyon, bipolar sayılabilir.

Dünyada meydana gelen ölümlerin % 71'inden kronik hastalıklar sorumludur. Her on ölümden yedisi kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Göz ardı edilebilecek kadar düşük bir oran değildir. Yaşanılan dönem itibariyle yaşam süresi uzamış ancak kronik hastalıklara bağlı erken ölümlerin olması, dönemin gelişmişlik düzeyinin en ciddi sorunu haline gelmiştir. Kronik hastalıklar her yıl 30 ila 70 yaş arasındaki 15 milyondan fazla bireyin yaşamının bitmesine sebep olmaktadır (WHO,2018).

Dünya genelinde kronik hastalıklara bağlı ölüm sebepleri arasında ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır. Daha sonra sırasıyla kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet takip etmektedir (WHO,2018). Ülkemize bakıldığında da aynı tablo geçerlidir (WHO, 2017).

Türkiyede kronik hastalıklardan kaynaklı erken ölüm oranı %17' dir (Sağlık Bakanlığı, 2017). Erken ölüm bir toplumda kronik hastalıkları ele almanın önemini ortaya koymaktadır. Toplumun kronik hastalıklar konusunda bilinç düzeyi artırılmalı, sağlık profesyonellerin sahada olması sağlanmalıdır. Bu konuda kamu politikalarının geliştirilmesi ve topyekün olumlu alışkanlıkların edinilmesi gerekmektedir. Önlenbilir kamu politikaları ile planlanan maliyet yükü, hastalık ortaya çıktıktan sonraki tedavi maliyet yükünden çok daha az olacaktır. Yani kronik hastalıkların varlığı sadece sağlık sistemini değil, ekonomi, eğitim, sanayi gibi toplumun var olmasını sağlayan tüm sistemlerini de etkileyecektir. Kronik hastalıkların önemi anlaşılıp, ülkelerin devlet politikalarının içinde alması yer alması gerekmektedir. Uygulanması gerektiğine inanılan politikalar sadece bulunulan yılı değil gelecek yılları da kapsamalıdır. Sağlıklı bir toplumun geleceği de sağlıklı olacaktır.

2.1.3. Bakım Kavramı

Bakım birey için özenle ve saygılı bir şekilde doğrudan yapılan her şey olarak nitelendirilebilir. Hemşirelik mesleğinin temel prensibi bakımdır (Andersson ve ark, 2015). Bakım sadece hemşirelik mesleğine mahsus değildir, bakım hemşireliğin

aslıdır. Hemşirelik mesleği insana ve bakıma temellenir (Leninger, 1984). Bakım kavramı öznel bir çok etik boyutu vardır. Hastaya planlanan tedavisi dışında tedaviye uyumunu ele alan, bireyin ailesinin gereksinimlerini de göz önünde bulunduran ve ailenin de destek göstermesine yardımcı bulunan, hastanın hastalığı kabul etmesini barındıran bütüncül bir yaklaşımdır. Her bireyin gereksinimleri farklı olabileceğinden dolayı bakım, bireye özgü olmalıdır (Cutcliffe, McKenna 2005).

Hemşirelik bakım anlayışını farklılaştıran durum, bilgi becerilerin ahlaki boyutlarla birleştirilerek hasta-hemşire ilişkisine entegre edilmesidir (Beaman ve ark., 2008).

Tıbbi modele dayalı olan bakım bakımın özünden uzak olan bir anlayışa sahiptir ve birey için eksik kalmaktadır. Sağlık sisteminde eksikliklere ve aksaklıklara yol açmaktadır. Bu durum modelin değişimine yol açmıştır ve holistik bakım anlayışı doğmuştur. Holistik bakımda beden, ruh ve zihin bir bütün olarak ele alınır ve bu yaklaşımla birey ele alınır. İnsan bir bütündür ve bütünlüğü oluşturan boyutlardan birinde olumlu ya da olumsuz değişim meydana geldiğinde diğer boyutlarda etkilenir (Gore, 2013).

Bakım, verilen bireyde olumlu değişimlere neden olur. Ancak sağlık sistemindeki aksaklıklar, bakım veren hemşirenin iş yükü, hemşire başına düşen hasta sayısı gibi olumsuz koşullar bakımın etkin verilmesine engel olmaktadır (Özel, 2014).

Psikososyal bakım rutin tedavi ve takiplerden ayrı düşünülemez. Psikososyal bakım hastalığa sahip olan bireye emosyonel boyutta yardım etmek olarak ifade edilebilir. Hastaya güven vermeyi onu rahatlatmayı ve desteklemeyi amaçlar. Bu bakım ile bireye; hastalığını kabul etme, planlanan tedavisine uyumunu, hastalıkla gelen krize adaptasyon sağlayabilmesine, gelecek planlarını yapmasına, umudunu koruyabilmesine, etkili baş etme yöntemlerini kullanabilmesine, hastalığını gerçekçi değerlendirmesine ve içgörüsünün gelişmesine, yaşam kalitesinin artmasına, psikolojiyi olumsuz yönde etkileyecek durumları yönetmeye yardımcı olmaktadır (Kocaman, 2010).

2.2. Yatan Hastalarda Sık Görülen Psikososyal Tepkiler

2.2.1. Anksiyete

Kaygı olarak bilinen anksiyete, tehlikeli durumlarda vücuda savaşmak için hazır olduğunu veren işarettir. Vücut tehlikeli durumlara kendisini hazırlamış olur.

Aslında anksiyete durumu günlük yaşamda karşılaşılan problemlerle etkili bir şekilde baş edebilmek ve ciddi durumlarla karşılaşıldığında hızlı karar alabilmek için şarttır. Anksiyete durumu; tehlikeli bir durum yok iken kendisini gösteriyorsa, sürekli ve devamlı seyrediyorsa, hissedilen bu durum çok güçlü ise birey için olumlu algılanmaz (Starcevic, 2006).

Yatan hastalarda en sık karşılaşılan problemlerden biri anksiyetedir. Anksiyete birey tarafından belirlenemeyen ya da bilinmeyen nedenlerden dolayı belirsizlik, korku, rahat olamama hissi olarak açıklanmaktadır. Yatan hastalar fiziksel ya da psikososyal nedenlerden dolayı anksiyete yaşarlar. Bilinmeyen bir ortama girme, hastalığının şiddeti ve türü, tedavi süreci, hastalığını kabul edememe, hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olamama, tedavi ve takibinden sorumlu olan sağlık profesyonelleri ile arasındaki iletişim eksiliği, hastalığından dolayı yaşamış olduğu ağrı ya da hastanede diğer hastaların ölümüne tanık olma anksiyete nedenleri arasında sayılabilir. Anksiyete nedenleri değişkenlik gösterebilir ve bu duruma bağlı olarak da anksiyete şiddeti değişebilir (Kocaman, 2015).

Anksiyete belirtileri fizyolojik, emosyonel, bilişsel olarak ayrılır. Fizyolojik belirtilerin en belirgin olanları kalbin atış sayısı, kanın sistolik ve diyastolik basıncı, solunum sayısında artış sayılabilir. Bulantı ve kusma, yorgunluk, uykusuzluk, aktivite düzeyinde değişimler gibi belirtiler de temel belirtiler ile beraber dolaylı olarak gelişebilir. Emosyonel belirtiler arasında çaresizlik, huzursuzluk, depresyon görülebilir. Bilişsel belirtiler de ise bireyde dalgınlık, dikkatsizlik, unutkanlık, konsantrasyonda bozulma görülebilir. Bireyde bunların haricinde anksiyeteye bağlı öfke gibi olumsuz duygular da gelişebilir (Maser, 2005).

Hastaların yaşadığı anksiyete bireyin mortalite ve morbidite oranlarında artışa neden olabilmektedir (Şahin ve Buzlu, 2016).

2.2.2. Depresyon

Hayatımızda gelişen bazı akut ya da kronik durumlardan sonra depresyon gelişebilir. Bireyin yaşanan durumdan dolayı kendine yönelik suçlamaları depresif belirtiler göstermesine neden olabilir. Her bireyin kendine özgü olmasından kaynaklı depresyon belirtileri değişkenlik gösterebilir. Bazı bireyler depresyon durumunu yaşarken, uyumakta güçlük bazıları ise normalinden fazla uyuyarak belirti gösterebilmektedir. Bazı bireylerde duygu ve düşünceler de yavaşlama olurken

bazılarında ise el ayakları istemsiz bir şekilde sallama gibi normalden fazla hareketlilik hali görülebilir (Abramson, 1989).

Depresyonu üzüntü ile karıştırmamak gerekir. Olumsuz karşılaşılan bir duruma karşı üzülmeye, normal ve olağan olarak algılanır. Ancak depresyon durumu oldukça ciddi ve medikal bir durumdur. Yapılan çalışmalar depresyon yaşayan bireylerin beyinde nörotransmitterler arasında dengesiz sinyallerin oluştuğunu, beyinlerinde dengesiz aktivasyonların oluştuğunu ve tedavi edilmesi gerektiğini bildirmiştir (Czeh ve ark., 2001).

Depresyon temel belirtileri arasında aslında yoğun keder yaşama, keyif alamama durumu vardır. Ancak bu belirtilerin hiçbiri depresyon tanısı koyabilmek için tek başına yeterli değildir. Tanı konulabilmesi için birçok belirtinin bir arada ve iki hafta boyunca devam etmesi gerekmektedir. Depresyon belirtileri arasında karamsarlık, değersizlik, güçsüzlük, yetersizlik, aktiviterlerde azalma, durgunluk, fizyolojik işlevlerde yavaşlama, mutsuzluk, umutsuzluk sayılabilir. Yaşanılan olumsuz ve kötü şeylerden biri olan hastalık durumunda depresyon gelişebilir. Bireyin hastalık durumuna depresyon olarak tepki göstermesinin nedenleri arasında olaylara, kendilerine, geleceğe yönelik bakış açıları ve yaptıkları atıflar sayılabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği,2001).

Yapılan bazı çalışmalar fiziksel hastalıklardan sonra depresyon gelişme oranını %12-36 arasında olarak açıklamıştır. Kadınlarda daha sık karşılaşıldığı belirtilmiştir. Özellikle kritik hastalığı olan bireylerde bu oranın arttığı ve mortalite düzeylerini de olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Özellikle mekanik ventilasyona bağlı olan hastalarda bu oranın daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Edmondson, 2001).

Depresyon hastanın tedaviye uyumunu ve sürekliliğini olumsuz olarak etkiler. Bireyin yaşam kalitesini etkiler. Bu nedenlerden dolayı depresyon erken tanınması ve tedavi edilmesi gereken bir durumdur (Kocaman, 2010).

2.2.3. Öfke

Bireyin belirlemiş olduğu ihtiyaçları karşılanmaz ise ya da bu ihtiyaçlar engellenir ise öfke duygusu gelişir. Birey gelişen bir durumu tehdit olarak algılayorsa bir savunma olarak öfke gelişir (Romas, 2000). Bireyler normal yaşamlarını etkileyecek hastalık tanısını aldıktan sonra zaman içerisinde hastalığın yaratmış olduğu fiziksel yakınmalar, ağrılar, acılar, uzuv kayıpları, hastane ortamına yabancı olma, tedaviye ve

hastalığa uyum sağlayamama, sağlık çalışanları ile arasındaki iletişim eksiklikleri, güçsüzlük, uykusuzluk, yorgunluk, aile, iş, okul, arkadaş ortamından uzaklaşma, günlük rutinlerindeki değişimler, hastanede uyaran fazlalığının olması, hastalığının türü ve şiddeti, tedavinin yoğunluğu ve türü, verilen ilaçların yan etkileri, konfor alanının dışına çıkmış olma öfke duygusunun ortaya çıkmasına neden olur. Ayrıca mekanik ventilatöre bağlı olan bazı hastalar ihtiyaçlarını bakımlarından sorumlu olan hemşireye ya da ailesine iletemediklerinden dolayı öfke duyabilirler (Kocaman, 2010).

Öfke uygun bir şekilde ifade edilirse normal ve sağlıklı bir duygudur. Ancak kontrolden çıkıp olumsuz şekilde ifade edilirse okul, iş, aile, arkadaş ilişkilerinde sorunlara yol açar. Birçok kişisel ve sosyal nedenlerin temelinde öfke yatar. Öfke duygusu hem içsel dışsal nedenlerden dolayı ortaya çıkabilir. Öfkenin nedeni kendi içsel evhamlarımızdan olabileceği gibi, geçmişte yaşanan olaylar ya da geleceğe dair duyulan endişeler olabilir. Fiziksel yaralanmalar, incinmeler, haksızlığa uğrama, tacize uğrama, travmatik olayların yaşanması, hayal kırıklıkları, tehditler öfkeye ortaya çıkmasına sebep olabilir (Bilge, 1996).

Bilim insanları öfkelenildiğinde biliş, duygu, iletişim, etkileniş, davranış olmak üzere beş boyutun birbiriyle ilişkili ve eş zamanlı ortaya çıktığını ifade etmişlerdir. Öfke duygusu bireyin kontrolündeki farklılıklara göre başka yoğunluklarda yaşanır. Öfke duygusu yaşandığında; uyaran duyguyu harekete geçirir, kaygı ve gerginlik artar, adrenalin salgılanır ve bireyin enerjisi artar, nabız, solunum, kan basıncı artar. Ortaya çıkan öfkenin diğer duygular gibi bastırılmaması gerekir ki daha sağlıklı davranışlar sergilenebilsin. Eğer bu duygu bastırılırsa fiziksel ve zihinsel problemlere yol açar. Bireyin kişilerarası ilişkilerinin bozulmasına neden olur. Öfke eğer uygun bir şekilde ifade edilmediğinde baş ağrıları, mide rahatsızlıkları, solunum, cilt, dolaşım, duygusal rahatsızlıklarına yol açabilir (Kökdemir, 2004).

Öfke bireyde memnuniyetsizlik, depresyon, panik durum, karar vermede güçsüzlük gibi sonuçlar da doğurabilir. Öfke hasta ve hastanede etkileşim içinde olduğu sağlık çalışanları arasında krize neden olabilir. Bu yüzden hemşire öfke duygusunu tanıyabilmeli, hastada gelişen öfke duygusunun nedeni tanılmalı, bireyin öfke duygusunu bastırmamasına ve uygun yaşamasına rehberlik etmeli, hastaya bu konuda yol gösterici olmalıdır (Kocaman, 2015).

2.2.4. Umutsuzluk

Umut bireyin yaşamını sürdürebilmesi için var olması gereken bir kavramdır. Hayatta kalma motivasyonunu arttıran, zor durumlarından üstesinden gelmesini sağlayan pozitif bir güçtür (Kierkegaard, 1997).

Umut, hasta olan bireylerin iyileşmesinde en hayati kavramdır. Hasta olma durumunun değişebileceği inancını koruyan faktördür. Ayrıca umut kavramı sadece hasta olan bireyin tedavi ve hastalıktan kurtulma durumunu ortadan kaldırmak için var olan bir kavram değil, psikososyal bakımın bileşenlerinden biridir (Kocaman, 2015).

Umutsuzluk kavramını anlayabilmek için umut kavramını açıklamak gerekir. Umut bireyin geleceğe yönelik beklentilerinin gerçekleşme ihtimaline denir. Bireyin bir başarısızlıkla karşılaştığında bir daha başarılı olamayacağı, problemleri ya da krize yol açabilecek durumları çözüme kavuşturamayacağını, geleceğe yönelik bir planlama ya da beklentisinin olmadığı, hayatına yönelik olumsuz düşüncelerini var etmesi umutsuzluğu düşündüren olgulardır. Bireyin olumsuz bir durum ile karşılaştığında bir çıkış noktası olamayacağı düşüncesi, olumsuz beklentiler umutsuzluğu tanımlayabilmektedir. Umutta başarabilme öngörüsü ve inancı var iken, umutsuzlukta başarısızlık, güçsüzlük, savaşamama yargısı bulunmaktadır. Umutsuzluk kişiden kişiye, durumdan duruma, zamandan zamana, yaşanan olayın boyutuna, geçmiş deneyimlere, baş etme yöntemlerine göre farklılık gösterir (Dilbaz, 1993).

Bireyler yaşamları boyunca olumlu yaşadığı kadar olumsuz olaylara maruz kalırlar. Bu iki durumun yaşanma oranı kişiden kişiye göre değişiklik gösterir. Ancak umutsuzluk tepkisi barındıran birey problemleri bir durum ile karşılaştığında, bu durumu olumsuz olarak algılayabilir ve negatif bilişsel değerlendirmeler yapar ve buna yönelik düşünceler geliştirir (Kavradım, 2014).

Hastalık durumu bireyin yaşam uyumuna ve dengesine zarar vermektedir. Bu zarar bireyin gelecek beklentisini ve geleceğe yönelik umudunu olumsuz etkileyebilir. Aynı zamanda bazı bireylerde umutsuzluğa karşı depresyon gelişir. Bu bireylerde; isteksizlik, güçsüzlük, karamsarlık, içe kapanma, dikkatini verememe, tedaviye uyum sağlamama, hastalığı hakkında bilgi toplamak istememe, hastanede sağlık çalışanları ile etkili iletişime geçememe, uyku düzeninde değişimlere, yaşam kalitesinde aksaklıklara, bazı durumlarda tedaviyi reddetmeye, iş, aile, okul, arkadaş ilişkilerinde bozulmaya, tedaviye etkili bir katılımın olmamasından kaynaklı hastalığın prognozunun olumsuz etkilenmesine neden olur (Özer, 2008).

Bu yüzden bakımdan sorumlu olan sağlık çalışanı ve hemşireler; umut ve umutsuzluk kavramlarını tanımlayabilmeli, hastanın umutsuzluğunun altında yatan düşüncenin nedenini tanımlayabilmeli, bireyin negatif bilişini pozitif bilişe dönüştürmeli, hasta ile terapötik iletişim kurmalı, terapötik dokunmayı aktif yapabilmeli, umutsuzluk kavramını umut kavramı ile değiştirebilmeli, hastaya psikososyal bakım verebilmek için umut kavramının temel prensip olması gerektiği, psikososyal bakım olmadan hastanın tedavi alırken iyileşme sürecinin eksik kalacağı düşüncesine sahip olmalıdır (Kocaman, 2015).

2.3. Uyum Kavramı

Birey, hastalık gibi olumsuz bir durum ile karşılaştığında etkili bir şekilde baş edebilmek için hastalığın var olma durumuna uyum göstermesi gerekir. Sağlıklı bir bireyin hasta olması değişimdir. Bu değişime uyum sağlamak hayatta kalma özelliğidir. Uyum sağlama, bireyin hastalıkla baş etmesinin başlangıcı olmaktadır. Hasta olma durumuna sadece uyum sağlamak değil, uyum sağlama süresi de hastalık prognozu konusunda belirleyici olmaktadır. Birey hastalığını ne kadar kısa süre de kabul eder ve yardım arayışına girerse hastalığın gecikmeye bağlı gelişebilecek zararlarının da önüne geçmiş olur. Bazı bireylerde hastalığın semptomlarından çok hastalığa uyum sağlama süreci daha zorlu olabilmektedir. Bireyin hastalığının türü, çevresinde aynı hastalığa sahip olan bireylerin olumsuz durumlarına tanık olması, toplum içinde sahip olduğu hastalığın damgalanması ya da bilgi sahibi olmadığı bilmediği bir hastalığının olması gibi durumlar hastalığa uyumunu etkiler (Akıncı, 2015; Mete, 2008).

Birey de uyum duygusu; var olan durumu anlaması, baş etme yöntemine karar vermesi ve duruma anlam yüklemesi ile oluşur. Bireyde uyum duygusunun davranışa dönüşmesi gerekmektedir. Uyum gösterebilme durumu ile birey kendi gücünün farkına varabilir, olayın ne olduğunu gerçekçi bir şekilde algılayabilir, yaşadığı andaki duygularını ve gelecek zamandaki davranışlarını planlayabilir. Bu durum ile bireyin kendine olan güveni artar, potansiyelinin farkında olup ve davranış haline getirmeye hazır hale gelir (Watson, 1993).

Bilinmemezlik durumu korku duygusunun doğmasına neden olur. Bu duygunun yoğunluğu çağrışımlarımız ile daha da artma potansiyeline meyilli olabilir. Birey kendisinde var olan gücü ve enerjiyi, etkili bir şekilde baş edebilme yerine bu

korku duygusunu bastırmada kullanır ise fizyolojik, sosyal, ruhsal birçok boyutta yenik düşer. Rahatsızlık veren korku duygusunun oluşmasına sebep olan şeyin ne olduğunu bilinmesi, durumun tanımlanması korku duygusunun birey için anlam kazanmasına sebep olur. Anlam verilen durum için de etkili baş etmek daha da kolaylaşmaktadır. Böylece uyumda; anlama, baş edebilme, duruma anlam yükleme kavramı gerçeklik kazanmış olur (Karadakovan ve Eti Aslan 2010).

Stres yaratabilecek hastalık durumunda, birey çıkış yolunun var olabildiğini düşünüyor ise stres durumla baş etmesine pozitif destek sağlayabilir. Birey için yıpratıcı süreç ortadan kalkar. Yani bireyin bilinmemezlik durumu içinde olmamasına, içinde bulunduğu durumu doğru algılamasına, duruma anlam vermelerine yardımcı olduğunda, durumla etkili bir şekilde baş etme ihtimalleri artmaktadır. Bireyin bilinmemezlik kavramıyla kalması ya da gelişen olaylarda özne olmaması halinde duruma uyum göstermesi beklenemez (Güçlü, 2001).

Bireyin hastalıkla ilgili duygusunu belirleyen kavram bireyin hastalığı hakkında yaptığı yorumlardır. Kronik hastalık gibi uzun süre boyunca stresör olabilecek durumlar birey için felaket niteliği taşır. İlk olarak bu algı bireyde depresyon, öfke, kızgınlık oluşabilir. Bu yüzden hastanın hastalığına yapmış olduğu yorumu bilmek ve anlamak, hastanın tedaviye uyum sürecini anlamamız açısından önemlidir. Hastalığa yapılan yorum bireye özgüdür. Tanı aldığı hastalıktan dolayı çevresinde kayıp yaşadığı birilerinin var olması bile yorumun farklı bir boyut kazanmasına neden olur. Bireyin aile yapısı, eğitim düzeyi, yaşı, cinsiyeti, baş etme yöntemleri gibi birçok faktör hastalığa yapılan yorumların farklılık oluşturmalarına sebebiyet verir. Bireyi anlayabilmek için sadece anı değil, geçmişte yaşadıklarını da bilmemiz, gelecek hakkındaki düşüncelerini de öğrenmemiz gerekmektedir. Hemşire bireyi bütüncül ele alabilirse bireyin hastalığa ve tedavi sürecine yönelik uyumu hakkında bilgi sahibi olabilir (Özdemir, 2013; Karadakovan ve Eti Aslan 2010).

2.3.1. Fizyolojik Uyum

Kronik durumlar bireyde fizyolojik değişimlere sebep olur. Değişimlerin bazıları kalıcı bazıları ise geçici olabilmektedir. Bu değişimlerin hızını yaşam tarzı ve tedaviler azaltabilir. Uyum sürecini; hastalığın tanısı ve tedavisi, hastalıkla beraber fizyolojik değişim ya da fonksiyon kaybı olabileceğinin öğrenilmesi, yaşanan kaybı ortadan kaldıracak çözümlerin öğrenilmesi, çözümleri uygulayabilme becerisinin

gelişmesi, tedavi programını anlaşılması ve uygulanması, hastalığın belirtilerinin kontrol altına alınması, fizyolojik ve psikolojik dayanıklılığın kullanılabilmesi, baş edebilmek için enerjinin ve gücün kullanılabilmesi ve sürekliliğinin sağlanması, uyum sürecinde var olabilecek uyum değişikliklerinin engellenmesi, bazı durumlarda ise hastalığın akut semptomlarının önüne geçilmesini kapsar (Özdemir, 2003; Karadakovan ve Eti Aslan 2010).

2.3.2. Psikolojik Uyum

Kronik bir hastalığa sahip olma ya da kronik hastalıkla yaşama durumu bir çok psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Bireyin psikolojik uyum konusunda mücadele etmesine neden olur. Bireyin kendisi ve yakınlarının hastalığa göstermiş olduğu duygusal tepkiler ile başa çıkma, tanı ve tedavinin belirsizliği, süresi ve süreci ile başa çıkma, hastalığın yaşam boyu olacağı düşüncesini kabul etme, geleceğe yönelik planlarını hastalık tanısını aldıktan sonra yeniden oluşturma, iş, aile, arkadaşlık ilişkilerine tedavi sürecini de entegre etme, kronik hastalık tedavi sürecinde özne olabilmeyi başarma, aktif katılım sağlama, kronik hastalıkla beraber gelen fizyolojik değişimleri kabul etme, fonksiyon kayıplarına uyum sağlama gibi durumlar verilen psikolojik uyum mücadeleleri arasında sayılabilir. Aynı zamanda hastalıkla beraber gelen bilinmemezlik duygusuna karşı gelişen korku ile başa çıkma, hastalığa kendisinin neden olduğu düşüncesi ile başa çıkma, uygulanan tedavinin ağrıları ile başa çıkma, hastalık semptomları ile başa çıkma, tanı sürecinde korkulan hastalığı öğrenme ve umudu dengede tutabilme, sağlık bakım hizmetleri kapsamında etkileşimde bulunduğu bireylere uyum sağlama diğer psikolojik mücadelelerdir (Gençöz, 1998; Karadakovan ve Eti Aslan 2010).

Bireyin yaşadığı hastalık deneyimleri, bilgileri, doğru bilgiye ulaşabilme potansiyeli, öğrenilen bilgileri davranışa dönüştürme becerisi, ilişkileri, anıları, problem çözme yeteneği, duygularını tanıma ve duygularını ifade edebilmesi bu uyum mücadelelerini başarılı bir şekilde yerine getirmesine olanak sağlar.

2.3.3. Sosyal Uyum

Kronik hastalıklar sadece bedenimizde fizyolojik değişimlere sebep olmaz. Organik, psikolojik boyutlarımızı etkilediği gibi sosyal boyutumuzu da etkiler. Sosyal izolasyonun ve içe çekilmenin önüne geçmek, hastalıkla beraber kendini kabul etme

ve hastalıklı olma düşüncesinde uzaklaşma, utanma duygusu ile başa çıkma, hastalık semptomlarını yönetebilme ve hastalığı sosyal hayata entegre etme, yaşam alanını hastalığına uyumlu hale getirme, ilişkilerine ayırdığı zamanı yönetebilme, damgalanma ile başa çıkma, yeni sosyal beceriler ve deneyimler kazanma, aynı hastalığa sahip olan bireyler ile etkileşimde bulunma ve bilgi edinme hastalığa karşı verilen sosyal uyum mücadeleleri arasında sayılabilir (Bolgün, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan 2010).

2.3.4. Uyum Sürecinde Hemşirelik Girişimleri

Hemşire;

- Uyum sürecinde bilgi verebilecek düzeyde ve yetkinlikte olmalıdır.
- Güven verici olmalıdır.
- Terapötik iletişim kurabilmeli, terapötik dokunmayı uygulayabilmelidir.
- Sözel ve sözel olmayan iletişimde beden diline, ses tonuna dikkat etmeli, iletişimde doğru kelimeyi seçebilmeli ve kullanabilmelidir.
- Bireyin duygularını tanıması ve ifade edebilmesi konusunda destekleyici olmalıdır.
- Bireye karşı önyargılı olmamalı ve empati kurabilmelidir.
- Bireyi aktif dinlemeli, bireyin kullanamadığı duyularının farkında olmalı, kullanabildiği duyularına yönelik davranmalıdır.
- Birey hakkında yeterli bilgiye sahip olmalı ve bu bilgiler bireyin bütününe yönelik olmalıdır.
- Bireyin hastalığı hakkında bilgi düzeyini değerlendirmeli, bilgisinin eksik olduğu konularda verebileceği eğitimleri planlamalıdır.
- Bireyin soru sormasına fırsat vermeli, kendisinden olan beklentilerinin farkında olmalıdır.
- Hastalığın tedavi süresinde karar öznesi olmasını sağlamalı ve desteklemelidir.
- Hastanın baş etme yöntemleri öğrenilmeli, etkisiz olan baş etme yöntemleri etkili olan baş etme yöntemler ile değiştirme konusunda cesaretlendirilmelidir.
- Bireye relaksasyon yöntemleri öğretilmelidir.
- Bireye tıbbi destek alması konusunda yardım etmelidir.

- Tıbbi ve psikolojik durumu periyodik olarak değerlendirilmelidir.
- Kendisinin baş edemeyeceği durumlarda konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresine danıřmalđ, bu doğrultuda hasta bireyi ele almalıdır (Özdemir ve ark., 2013; Kocaman, 2005; Robinski ve ark., 2016).

Klinik hemşiresinin konsültasyon ihtiyacı, farklı bir durumla karşılaşmasından, durumu nasıl ele alması gerektiğini bilmemesinden ya da mevcut durumu tanıyamamasından kaynaklanabilmektedir. Bu duruma nasıl tepki vermesi ya da müdahale etmesi gerektiğini bilmeyebilir. Konsültasyon liyezon psikiyatri(KLP) hemşiresinin profesyonel bilgisi ve farkındalığı sayesinde klinik hemşiresi edindiği bilgiler ışığında gelişir, hasta bireyi doğru bir şekilde ele alır, farklı durumlar karşısında doğru tepkiyi verebilme ve müdahale etme becerisine sahip olur. Böylece hemşire; hasta bireyi anlayabilir, bireyin ihtiyaç duyduğu şeyi doğru algılayıp karşılayabilir, hasta için çaba gösterdiğini hastaya gösterebilir, ekip ile iş birliği kurabilir ve hastayı iş birliğine dahil edebilir, hasta ile güven ilişkisi kurabilir, hastalığını kabul etmesini sağlayabilir, bireyin i görüsünün oluşmasını destek olabilir, hastanın hastalığına ve tedaviye uyumunu sağlayabilmektedir (Kocaman, 2006).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma nicel, korelatif ve kesitsel çalışma olarak tasarlanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni ile bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi bakımından bu çalışma korelatif bir çalışmadır. Bu çalışma, çalışmada elde edilen verilerin nicel, sürekli özellikte olmasından dolayı da nicel bir çalışmadır. Ayrıca çalışma verilerinin belirli bir zaman aralığında, belirli bir grup ile gerçekleştiriliyor olması bakımından kesitsel bir çalışmadır.

3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini [REDACTED] Hastanesinde yatarak tedavi gören ve kronik hastalığı olan bireyler oluşturmaktadır. Cohen (1992) etki büyüklüğünü çoklu regresyon analizi için düşük-zayıf etki için 0.02, orta etki için 0.15, büyük-güçlü etki için 0.30 olarak ifade etmektedir. Araştırmamız doğrultusunda örneklem büyüklüğü Cohen'in etki büyüklüğü oranları kullanılarak G*power 3.1 programı ile çoklu regresyon analizi için d: 0.02, tip I hata: 0,05, tip II hata (%80): 0,20 ile 311 olarak bulunmuştur. Bu kapsamda veri kaybı riski de göz önünde bulundurularak dahil edilme kriterlerini sağlayan 400 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmanın dahil edilme ve dışlanma kriterleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

Araştırmaya alınma kriterleri:

- [REDACTED] hastanesinde yatarak tedavi alması
- Kronik hastalığının bulunması
- Psikiyatrik bir tanısının olmaması
- 18 yaşından büyük olması
- Araştırmaya alınacak hastanın bilinçli olması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

Araştırmaya alınmama kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemesi
- Hastanın bilincinin kapalı olması
- Kronik hastalığı olmaması
- Psikiyatrik tanısı olması
- 18 yaşından küçük olması

3.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmayı oluşturan verilerin toplanmasında çalışmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan sosyodemografik form (Yalçın, 2014; Koçoğlu, 2011), Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği, Sürekli Öfke Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeği kullanılmıştır.

3.2.1. Sosyo-Demografik Form (EK 2)

Bu form, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik düzey, tanı, eğitim düzeyi, yaşanılan yer, sosyal destek durumu, kronik hastalık varlığı ve süresi, hastalığına ilişkin sağlık personelinin yeterli bilgi alıp almadığı, ek hastalığı, çocuk varlığı, sigara kullanımı durumunu içeren 14 sorudan oluşmaktadır.

3.2.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği (EK 3)

Hasta Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ‘ni Zigmond ve Snaith 1983 yılında geliştirmiş olup (Zigmond ve Snaith, 1983) Aydemir ve arkadaşları tarafından türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Aydemir ve ark., 1997). Bu ölçek, anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden meydana gelmektedir. Ölçek kendini bildirim ölçeği olarak değerlendirilebilir. 14 maddeden oluşan ölçeğin 7 maddesi anksiyete, 7 maddesi depresyon puanını hesaplamak için kullanılmaktadır. Ölçeğin cevapları dörtlü likert biçiminde ele alınmakta ve 0-3 puanları arasında değerlendirilmektedir. HAD Cronbach’s Alpha değeri 0.81’dir. Bu değer de ölçeğin güvenilir düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçeğin amacı, anksiyete ya da depresyon tanısı koymak değil, fizyolojik hastalığı olan bireylerin depresyon ve anksiyetelerini kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Bu çalışmada HAD Ölçeği için hesaplanan iç tutarlılık güvenirlik katsayıları 7 maddelik Anksiyete alt boyutu için 0,789 ve 7 maddelik Depresyon alt boyutu için 0,728 olarak belirlenmiştir.

3.2.3. Sürekli Öfke Ölçeği (EK 4)

1980 yılları başlarında Charles D, Spielberger ve grubu tarafından Sürekli Öfke Ölçeği (SL-ÖFKE) ile ilgili çalışmalar, başlatılmış ve sonraki yıllarda geliştirilmiştir (Patterson, Sullivan, Spielberger, 1980; Spielberger, Jacobs, Russell & Crane, 1983). Bu ölçeğin genel yönergesinde kişinin kendisini nasıl hissettiğine odaklanılır ve bu

ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. SL- ÖFKE ölçeğinin yönergesinde kişinin kendisini nasıl hissettiğini belirtmesi istenmektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Özer tarafından 1994 yılında yapılmış olup SL-ÖFKE ölçeğinin alfa değerlerinin 0,67 ile 0,92 değerleri arasında farklılaştığı gözlemlenmiştir. (Özer, 1994). Bu araştırmada ölçeğin cronbach alfa iç tutarlık kat sayısı 0,826 olarak bulunmuştur.

3.2.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği (EK 5)

Beck tarafından 1974’de Beck Umutsuzluk Ölçeği geliştirilmiştir (Beck, 1974). Bu ölçeğin 11’i doğru, 9’u yanlış anahtar yanıtı olmak üzere 20 doğru-yanlış önermeden oluşmaktadır. Ölçeği kendi kendine yanıtlamak mümkündür. Ölçeğin anahtar cevaplarına verilen her uyumlu yanıt için 1 puan, her uyumsuz yanıt için ise 0 puan verilmektedir. Verilen yanıtlar doğrultusunda elde edilen aritmetik toplam "Umutsuzluk puanı" olarak değerlendirilmiştir. Ölçek puanları 0 ile 20 değerleri arasında değişmektedir. 1., 6., 13., 15., 19., önermeleri gelecek ile ilgili duyguları, 2., 3., 9., 11., 12., 16., 17., 20., önermeleri motivasyon kaybını, 4., 7., 8., 14., 18., önermeleri ise gelecek ile ilgili beklentileri anlatmaktadır. Ölçek duygusal, motivasyonel ve bilişsel faktörlerden oluşan önermelerden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe diline uyarlaması 1991 yılında yapılmıştır (Seber, 1991). Cronbach alfa katsayısı 0.86’dır. 20 maddelik Beck Umutsuzluk Ölçeği için bu çalışmada elde edilen iç tutarlık kat sayısı 0,855’tir.

3.2.5. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği-(EK 6)

Kronik hastalıklara uyum ölçeği 2018 yılında Vicdan ve Birgili tarafından geliştirilmiş olup üçlü likert tipinde dört alt boyut ve 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçek olumlu ve olumsuz önermeleri içeren maddelerden meydana gelmektedir. 28 maddeden oluşan ölçek dört alt boyuta göre gruplandırılmıştır. Psikolojik Alt Boyut 16 madde, Sosyal Alt Boyut 5 madde, Spiritüel (Manevi) Alt Boyut 3 madde ve Fizyolojik Alt Boyut 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçek değerlendirme sonucuna göre alınabilecek minimum puan 28, maksimum puan ise 84’dür. Ölçek verilerinden elde edilen puan ile bireylerin kronik hastalıklara uyum seviyesi arasında pozitif bir ilişki vardır. Ölçeğin geliştirilmesi çalışmasında Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ise 0,83 olarak bulunmuştur (Vicdan ve Birgili, 2018). Araştırmada kullanılan bu ölçeğin güvenirlik analizi sonuçlarına göre Cronbach Alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayıları,

25 maddelik Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği için 0,864, 11 maddelik Fiziksel Uyum alt boyutu için 0,789, 7 maddelik Sosyal Uyum alt boyutu için 0,730 ve 7 maddelik Psikolojik Uyum alt boyutu için 0,648 olarak hesaplanmıştır.

3.3. Uygulama

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 07.01.2022 tarih ve 2022-1 sayılı toplantısında etik onayı alınmıştır. Etik kurul izni çıktıktan sonra [REDACTED] Hastanesi'nde çalışmanın yürütülebilmesi için [REDACTED] Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni alınmıştır. Veriler kurum izni alındıktan sonra Kasım 2022 ile Kasım 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. İş yoğunluğunun olduğu saatler ve hastaların planlanan tedavi saatleri dikkate alınarak hastalara anket uygulaması yapılmıştır. Anket uygulamadan önce her bireye sözlü ve yazılı bilgi verilerek, onam alınarak anketler yüz yüze toplanmıştır. Bireyin veri toplama araçlarını okuyup doldurma süresi ise ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.4. Verilerin Analizi

Çalışma verilerinin analizinde, sosyo-demografik değişken gruplarının sayı ve yüzde oranlarını tayin etmek için frekans analizi, kullanılan ölçme araçlarından elde edilen puanların betimleyici istatistiklerini hesaplamak için betimsel istatistikler, ölçme araçlarından erişilen ölçümlerin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayılarını incelemek için madde analizi yapılmıştır. Ayrıca, ölçme araçlarından elde edilen ölçümler arasındaki ilişki katsayılarının yönünü ve derecesini belirlemek için Pearson korelasyon analizi ve sosyo-demografik değişken gruplarının ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması için de Farklı Gruplar için t-Testi Analizi ile Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bunun dışında ölçek toplam puanlarının normal dağılım değerleri incelenmiş ve ölçek puanlarının çarpıklık ve basıklık değerlerinin büyük oranda -1,5 ile +1,5 arasında farklılaştığı gözlenmiştir. Bu yönde değerler göz önünde bulundurularak verilerin normal dağılım gösterdiği varsayılarak parametrik testlerin kullanılması uygun bulunmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümünde araştırmada yer alan sosyo-demografik değişken gruplarının sayı ve yüzde dağılımları, araştırmanın amacına yönelik olarak sosyo-demografik değişkenler açısından Farklı Gruplar için t-Testi Analizi ile Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılarak yapılan karşılaştırma sonuçları sunulmuştur. Kullanılan ölçüm araçlarının betimleyici istatistikleri değerlendirilmiş olup araştırmada kullanılan ölçeklerin toplam puanları arasında hesaplanan korelasyon katsayıları kronik hastalığa uyumun öfke, umutsuzluk, anksiyete ve depresyon ile yordanması için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 4. 1. Sosyo-demografik değişkenlerin sayı ve yüzde dağılımları (n=400)

Sosyo-Demografik Değişkenler	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Erkek	193	48,3
	Kadın	207	51,7
Yaş Grupları	29 Yaş ve Altı	95	23,8
	30-39 Yaş Arası	84	21,0
	40-49 Yaş Arası	82	20,5
	50-59 Yaş Arası	51	12,8
	60 Yaş ve Üzeri	88	22,0
Medeni Durum	Evli	230	57,5
	Bekar	136	34,0
	Boşanmış	15	3,8
	Dul	19	4,8
Ekonomik Durum	İyi	91	22,8
	Orta	274	68,5
	Kötü	35	8,8
Eğitim Durumu	İlkokul	95	23,8
	Ortaokul	80	20,0
	Lise	87	21,8
	Lisans	119	29,8
	Lisansüstü	19	4,8
Yaşadığı Yer	İl	291	72,8
	İlçe	90	22,5
	Köy/Kasaba	19	4,8
Sosyal Destek Düzeyi	İyi	220	55,0
	Orta	163	40,8
	Kötü	17	4,3
Kronik Hastalık	Yok	34	8,5
	Var	366	91,5
Ek Hastalık	Hayır	277	69,3
	Evet	123	30,8
Personelden Bilgi Alma	Evet	323	80,8
	Hayır	77	19,3

Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	254	63,5
	Yok	146	36,5
Sigara Kullanımı	Evet	137	34,3
	Hayır	263	65,8
Tanı Kategorileri	Kanser	92	23,0
	Damar ve Kalp Hastalıkları	62	15,5
	Oto-immün Sistem Hastalıkları	50	12,5
	Solunum Yolu Hastalıkları	26	6,5
	Nörolojik Hastalıklar	69	17,3
	Deri Hastalıkları	12	3,0
	Endokrin Hastalıkları	55	13,8
	Diğer Hastalıklar	34	8,5

Bu araştırmanın katılımcıları %48,3'ü (n = 193) erkek ve %51,7'si (n = 207) kadın olmak üzere toplam 400 kişiden oluşmaktadır. Katılımcıların %23,8'i (n = 95) 29 yaş ve altında, %21'i (n = 84) 30-39 yaş aralığında, %20,5'i (n = 82) 40-49 yaş aralığında, %12,8'i (n = 51) 50-59 yaş aralığında ve %22'si (n = 88) 60 yaş ve üstünde yer almaktadır. Katılımcıların %53,5'i (n = 230) evli, %34'ü (n = 160) bekar, %3,8'i (n = 15) boşanmış ve %4,8'i (n = 19) dul olduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca, katılımcıların %22,8'i (n = 91) iyi düzeyde, %68,5'i (n = 274) orta düzeyde ve %8,8'i (n = 35) kötü düzeyde ekonomik duruma sahip olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4. 1).

Eğitim durumları incelendiğinde, katılımcıların %23,8'inin (n = 95) ilkökul düzeyinde, %20'sinin (n = 80) ortaokul düzeyinde, %21,8'inin (n = 87) lise düzeyinde, %29,8'inin (n = 119) lisans düzeyinde ve %4,8'inin (n = 19) lisansüstü düzeyinde eğitime sahip oldukları görülmüştür. Bunların yanı sıra, katılımcıların %72,8'i (n = 219) bir ilde, %22,5'i (n = 90) bir ilçede ve %4,8'i (n = 19) bir köy/kasabada yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4. 1).

Bu çalışmada yer alan katılımcıların %55'i (n = 220) iyi düzeyde, %40,8'i (n = 163) orta düzeyde ve %4,3'ü (n = 17) kötü düzeyde sosyal desteğe sahip olduklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların %8,5'i (n = 34) kronik bir hastalığa sahip olmadığını, %91,5'i (n = 366) ise kronik bir hastalığa sahip olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca katılımcıların %69,3'ünün (n = 277) ek bir hastalığı bulunmazken %30,8'inin (n = 123) ek bir hastalığı bulunmaktadır. Ek olarak, katılımcıların %80,8'i (n = 323) personelden bilgi aldığını belirtirken %19,3'ü (n = 77) almadığını belirtmiştir. (Tablo 4. 1).

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde, %63,5'inin (n = 254) çocuğa sahip olduğu görülürken, %36,5'inin (n = 146) çocuğa sahip olmadığı görülmüştür. Bunların yanı sıra, katılımcıların %34,3'ü (n = 137) sigara kullandığını belirtirken %65,8'i (n = 263) sigara kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 4. 1).

Son olarak, katılımcıların hastalıklarının tanı kategorileri incelendiğinde, %23'ünün (n = 92) kansere, %15,5'inin (n = 62) damar ve kalp hastalıklarına, %12,5'inin (n = 50) oto-immün hastalıklara, %6,5'inin (n = 26) solunum yolu hastalıklarına, %17,3'ünün (n = 69) nörolojik hastalıklara, %3'ünün (n = 12) deri hastalıklarına, %13,8'inin (n = 55) endokrin hastalıklarına ve %8,5'inin (n = 34) diğer hastalıklara sahip olduğu gözlenmiştir (Tablo 4. 1).

Tablo 4. 2. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinin sosyo demografik veriler açısından değerlendirilmesi

Değişkenler	Gruplar	n	$\bar{x}$	ss	p
Cinsiyet	Erkek	193	83,22	15,803	t:-2,135
	Kadın	207	79,98	14,611	
Yaş Grupları	29 Yaş ve Altı	95	78,76	16,376	0,116 F:1,861
	30-39 Yaş Arası	84	84,43	14,931	
	40-49 Yaş Arası	82	83,11	13,918	
	50-59 Yaş Arası	51	80,69	15,207	
	60 Yaş ve Üzeri	88	80,83	15,272	
Medeni Durum	Evli	230	81,71	16,081	0,952 F: 0,113
	Bekar	136	81,15	14,286	
	Boşanmış	15	80,67	11,974	
	Dul	19	83,00	15,125	
Ekonomik Durum	İyi	91	84,46	12,503	0,031 F: 3,497
	Orta	274	80,18	16,023	
	Kötü	35	84,60	14,561	
Eğitim Durumu	İlkokul	95	80,87	16,751	0,305 F: 1,212
	Ortaokul	80	84,68	15,181	
	Lise	87	81,66	12,895	
	Lisans	119	80,26	16,121	
	Lisansüstü	19	79,21	11,307	
Yaşadığı Yer	İl	291	81,16	15,103	0,678 F: 0,389
	İlçe	90	82,31	16,822	
	Köy/Kasaba	19	83,68	9,000	
Sosyal Destek Düzeyi	İyi	220	81,90	15,614	0,820 F: 0,198
	Orta	163	80,98	15,261	
	Kötü	17	82,41	10,482	
Ek Hastalık	Hayır	277	80,32	16,017	0,016 t:-2,408
	Evet	123	84,28	13,068	
Personelden Alma Bilgi	Evet	323	81,24	15,104	0,410 t:-0,824
	Hayır	77	82,83	15,958	

Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	254	82,11	15,392	0,331
	Yok	146	80,56	15,044	t:0,974
Sigara Kullanımı	Evet	137	80,34	16,169	0,254
	Hayır	263	82,17	14,765	t:-1,142
Tanı Kategorileri	Kanser	92	82,50	16,754	0,167 F: 1,497
	Damar ve Kalp Hastalıkları	62	78,63	18,262	
	Oto-immün Sistem Hastalıkları	50	82,58	10,649	
	Solunum Yolu Hastalıkları	26	81,69	12,502	
	Nörolojik Hastalıklar	69	84,72	12,764	
	Deri Hastalıkları	12	86,75	15,327	
	Endokrin Hastalıkları	55	78,16	15,625	
	Diğer Hastalıklar	34	79,79	15,916	

Araştırmada Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puanı cinsiyet, personelden bilgi alma durumu, çocuk sahibi olma durumu, kronik hastalık, ek hastalık, sigara kullanımı grupları açısından farklı gruplar için t-Testi analizi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, kadınların ve erkeklerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmiştir ($t(398) = -2,135$; $p < 0,05$). Buna göre, kadınların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalaması ($\bar{x} = 79,98$) erkeklerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalamasından ($\bar{x} = 83,22$) daha düşüktür. Analiz sonuçları incelendiğinde, personelden bilgi alan ve almayan grupların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalamaları ($t(398) = -0,824$; $p > 0,05$), arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Analiz sonuçlarına göre, çocuk sahibi olan ve olmayan grupların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalamaları ($t(398) = 0,974$; $p > 0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir (Tablo 4.2). Analiz sonuçları incelendiğinde, kronik bir hastalığa sahip olan ve olmayan grubun Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalamaları ($t(398) = 1,052$; $p > 0,05$ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Ancak ek bir hastalığa sahip olan ve olmayan grupların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($t(398) = -2,408$; $p < 0,05$). Bu sonuca göre, ek bir hastalığa sahip olmayan katılımcıların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalaması ($\bar{x} = 80,32$) ek bir hastalığa sahip olan katılımcıların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalamasından ($\bar{x} = 84,28$) daha düşüktür. Analiz sonuçları incelendiğinde, sigara kullanan ve kullanmayan grupların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam

puan ortalamaları ($t(398) = -1,142$; $p > 0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Tablo 4.2).

Araştırmada Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği toplam puanı sosyal destek düzeyi, medeni durum, ekonomik durum, yaş grupları, eğitim durumu, yaşanılan yer ve tanı grupları açısından tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre sosyal destek düzeyi gruplarının Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında ($F(2, 397) = 0,198$; $p > 0,05$), istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Gelir durumu gruplarının Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında ($F(3, 396) = 0,113$; $p > 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Yaş gruplarının Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında ($F(4, 395) = 1,861$; $p > 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Ayrıca eğitim durumu gruplarının Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında ($F(4, 395) = 1,212$; $p > 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Yaşanılan yer gruplarının Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında ($F(2, 397) = 0,389$; $p > 0,05$), istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Tanı gruplarının Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında ($F(7, 392) = 1,497$; $p > 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Ancak ekonomik durum gruplarının Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır; $F(2, 397) = 3,497$; $p < 0,05$. Tukey post-hoc çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre ekonomik durumu iyi olan grubun puan ortalaması ($\bar{x} = 84,46$), ekonomik durumu orta olan grubun puan ortalamasından ($\bar{x} = 80,18$) daha yüksektir (Tablo 4.2).

Tablo 4. 3. Kullanılan ölçme araçlarının ve yaş değişkeninin betimleyici istatistikleri

n = 400	min.	max.	$\bar{x}$	ss	Çarpıklık	Basıklık
Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Genel Toplam Puanı	25	125	81,54	15,265	-0,986±0,122	3,637±0,243
Fiziksel Uyum Alt Boyutu Toplam Puanı	11	55	37,24	7,757	-0,965±0,122	2,091±0,243
Sosyal Uyum Alt Boyutu Toplam Puanı	7	35	21,34	5,637	-0,233±0,122	-0,056±0,243
Psikolojik Uyum Alt Boyutu Toplam Puanı	7	35	22,96	4,928	-0,476±0,122	1,803±0,243
Sürekli Öfke Ölçeği Toplam Puanı	10	40	22,27	5,621	0,484±0,122	0,828±0,243

Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanı	0	20	7,74	4,830	0,134±0,122	-1,168±0,243
HAD Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu Toplam Puanı	0	20	7,47	4,187	0,542±0,122	-0,341±0,243
HAD Ölçeği Depresyon Alt Boyutu Toplam Puanı	0	21	6,58	3,994	0,822±0,122	0,518±0,243
Yaş	10	89	44,18	16,952	-	-

Araştırmaya katılan 400 katılımcının Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puan ortalaması $81,54 \pm 15,265$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların bu ölçekten aldıkları puanların 25 ile 125 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçeğin Fiziksel Uyum alt boyutu toplam puan ortalaması $37,24 \pm 7,757$ olarak elde edilmiştir. Katılımcıların bu alt boyuttan en düşük 11 ve en yüksek 55 puan aldıkları görülmüştür. Ölçeğin Sosyal Uyum alt boyutu toplam puan ortalaması ise $21,34 \pm 5,637$ 'dir. Bu alt boyuttan alınan puanların 7 ile 35 arasında değiştiği gözlenmiştir. Ayrıca, ölçeğin Psikolojik Uyum alt boyutu toplam puan ortalaması $22,96 \pm 4,928$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcılar bu alt boyuttan en düşük 7, en yüksek 35 puan almıştır (Tablo 4. 3). Katılımcıların Sürekli Öfke Ölçeği toplam puan ortalaması $22,27 \pm 5,621$ olarak elde edilmiştir. Bu ölçekten alınan en düşük puan 10 ve en yüksek puan 40'tır. Bunların yanı sıra, katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puan ortalaması $7,74 \pm 4,830$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların bu ölçekten aldıkları puanların 0 ile 20 arasında değiştiği görülmüştür. HAD Ölçeği'nin betimleyici istatistikleri incelendiğinde, katılımcıların HAD Ölçeği Anksiyete alt boyutu toplam puan ortalaması $7,47 \pm 4,187$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcılar bu alt boyuttan en düşük 0 ve en yüksek 20 puan almışlardır. Ölçeğin Depresyon alt boyutu toplam puan ortalaması ise $6,58 \pm 3,994$ olarak hesaplanmıştır. Bu alt boyuttan alınan puanların 0 ile 21 arasında değiştiği gözlenmiştir. Bunlara ek olarak, araştırmaya katılan kişilerin 10-89 yaş aralığında dağılım gösterdiği ve yaş ortalamasının $44,18 \pm 16,952$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 4. 3).

Tablo 4. 4. Toplam puanlar arası korelasyon analizi sonuçları

n = 400	1	2	3	4	5	6	7	8
1	-							
2	0,904***	-						
3	0,769***	0,525***	-					
4	0,794***	0,627***	0,413***	-				
5	-0,196***	-0,163***	0,064	-0,278***	-			
6	0,134**	0,035	0,334***	-0,023	-0,012	-		
7	-0,009**	-0,095	-0,086	0,220***	0,130**	0,249***	-	
8	-0,095	-0,166***	-0,097	0,078	0,013	0,360***	0,618***	-

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Not: 1 = Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Genel Toplam Puanı, 2 = Fiziksel Uyum Alt Boyutu Toplam Puanı, 3 = Sosyal Uyum Alt Boyutu Toplam Puanı, 4 = Psikolojik Uyum Alt Boyutu Toplam Puanı, 5 = Sürekli Öfke Ölçeği Toplam Puanı, 6 = Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanı, 7 = HAD Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu Toplam Puanı, 8 = HAD Ölçeği Depresyon Alt Boyutu Toplam Puanı

Araştırmada kullanılan ölçek puanları arasındaki ilişkileri belirlemek için yapılmış Pearson korelasyon analizi sonucuna göre, Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puanı ile Fiziksel Uyum alt boyutu toplam puanı arasında ($r = 0,904$; $p < 0,001$), Sosyal Uyum alt boyutu toplam puanı arasında ($r = 0,769$; $p < 0,001$), Psikolojik Uyum alt boyutu toplam puanı arasında ($r = 0,794$; $p < 0,001$), Sürekli Öfke Ölçeği toplam puanı arasında ($r = 0,196$; $p < 0,001$) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı arasında ($r = 0,134$; $p < 0,01$) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu gözlenmiştir. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puanı ile HAD Ölçeği Anksiyete alt boyutu toplam puanı arasında ise negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($r = -0,009$; $p < 0,01$). Buna karşın, Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği genel toplam puanı ile HAD Ölçeği Depresyon alt boyutu toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r = -0,095$; $p > 0,05$) (Tablo 4. 4).

Fiziksel Uyum alt boyutu toplam puanı ile Sosyal Uyum alt boyutu toplam puanı arasında ($r = 0,525$; $p < 0,001$), Psikolojik Uyum alt boyutu toplam puanı arasında ($r = 0,627$; $p < 0,001$), Sürekli Öfke Ölçeği toplam puanı arasında ($r = 0,163$; $p < 0,001$) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu gözlenmiştir. Fiziksel Uyum alt boyutu toplam puanı ile HAD Ölçeği Depresyon alt boyutu toplam puanı arasında ise negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($r = -0,166$; $p < 0,001$). Diğer taraftan, Fiziksel Uyum alt boyutu toplam puanı ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı arasında ($r = 0,035$; $p > 0,05$) ve HAD Ölçeği

Anksiyete alt boyutu toplam puanı arasında ($r = -0,095$; $p > 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4. 4).

Sosyal Uyum alt boyutu toplam puanı ile Psikolojik Uyum alt boyutu toplam puanı arasında ($r = 0,413$; $p < 0,001$) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı arasında ($r = 0,334$; $p < 0,001$) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu gözlenmiştir. Sosyal Uyum alt boyutu toplam puanı ile Sürekli Öfke Ölçeği toplam puanı arasında ($r = 0,064$; $p > 0,05$), HAD Ölçeği Anksiyete alt boyutu toplam puanı arasında ($r = -0,086$; $p > 0,05$) ve HAD Ölçeği Depresyon alt boyutu toplam puanı arasında ($r = -0,097$; $p > 0,05$) ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4. 4).

Psikolojik Uyum alt boyutu toplam puanı ile Sürekli Öfke Ölçeği toplam puanı arasında ($r = 0,278$; $p < 0,001$) ve HAD Ölçeği Anksiyete alt boyutu toplam puanı arasında ($r = 0,220$; $p < 0,001$) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu gözlenmiştir. Buna karşın, Psikolojik Uyum alt boyutu toplam puanı ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı arasında ($r = -0,023$; $p > 0,05$) ve HAD Ölçeği Depresyon alt boyutu toplam puanı arasında ($r = 0,078$; $p > 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sürekli Öfke Ölçeği toplam puanı ile HAD Ölçeği Anksiyete alt boyutu toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r = 0,130$; $p < 0,01$). Ancak, Sürekli Öfke Ölçeği toplam puanı ile Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı arasında ($r = -0,012$; $p > 0,05$) ve HAD Ölçeği Depresyon alt boyutu toplam puanı arasında ($r = 0,013$; $p > 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı ile HAD Ölçeği Anksiyete ($r = 0,249$; $p < 0,001$) ve Depresyon ($r = 0,360$; $p < 0,001$) alt boyutu toplam puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu gözlenmiştir. Bunlara ek olarak, HAD Ölçeği Anksiyete ile Depresyon alt boyutu toplam puanları arasında da pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($r = 0,618$; $p < 0,001$) (Tablo 4. 4).

Tablo 4. 5. Kronik hastalıklara uyumun sürekli öfke, umutsuzluk, depresyon ve anksiyete ile yordanmasına yönelik çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

	B	Standart Hata	Beta	t	p	sd	R ²	F	p
(Sabit)	68,689	3,345		20,535	0,000				
Sürekli Öfke Ölçeği Toplam Puanı	0,535	0,133	0,197	4,035	0,000				
Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanı	0,619	0,163	0,196	3,790	0,000				
HAD Depresyon Ölçeği Anksiyete Toplam Puanı	0,121	0,226	0,033	0,535	0,593	4,395	0,0838	8,889	0,000
HAD Depresyon Ölçeği Depresyon Toplam Puanı	-0,722	0,244	-0,189	-2,959	0,003				

Kronik Hastalıklara Uyumun Sürekli Öfke, Umutsuzluk, Depresyon ve Anksiyete ile Yordanması için Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Kronik Hastalıklara Uyumun Sürekli Öfke, Umutsuzluk, Depresyon ve Anksiyete ile Yordanması için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur; $F(4, 395)=8,889$; $p<0,001$. Buna göre Sürekli Öfke Ölçeği toplam puanı ($t=4,035$; $p<0,001$), Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanı ($t=3,790$; $p<0,001$) ve HAD Depresyon Ölçeği Depresyon alt boyutu toplam puanı ($t=-2,959$; $p<0,01$) Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği toplam puanını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordamaktadır. Buna karşın HAD Depresyon Ölçeği Anksiyete toplam puanı modelde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yer almamaktadır; $t=0,535$; $p>0,05$). Ayrıca bu değişkenler, Kronik Hastalıklara Uyum'un %8'ini ($R^2=0,083$) açıklamaktadır (Tablo 4. 5).

5. TARTIŞMA

Genel tedavi ve bakımın ayrılmaz parçalarından biri olarak psikolojik tedavi ve bakım sayılabilir. Bireye özgü verilmesi planlanan psikososyal bakım ve psikolojik tedavi ile hastanın hastalığına olan uyumunun önemi ön plana çıkmaktadır (Kocaman, 2016). Her birey kendine özgüdür. Özgünlük; bireyin hastalığı algılama şeklinden, hastalığına verdiği tepkiden, sorunlarla baş etme yöntemlerinden, kişisel özelliklerinden oluşur. (Özdemir, 2013). Kronik hastalığa sahip olma durumu bireyde bazı problemlere yol açabilir. Bunlar; öfke, depresyon, anksiyete, umutsuzluk olabilir (Kocaman, 2008). Birey hastalık tanısı aldıktan sonra, hastalığın yaratmış olduğu fiziksel yakınmalar, ağrılar, hastane ortamına yabancı olma, hastane ve tedavi ortamına uyum sağlayamama, aile, arkadaşlık ilişkilerinde bozulmalar, güçsüzlük, yorgunluk, hastalığın tedavi süreci gibi durumlar bireyde öfke duygusunun gelişmesine sebep olabilir (Kocaman, 2010). Anksiyete birey tarafından belirlenemeyen ya da bilinmeyen nedenlerden dolayı belirsizlik, korku, rahat olamama hissi olarak açıklanmaktadır. Yatan hastalar fiziksel ya da psikososyal nedenlerden dolayı anksiyete yaşarlar (Kocaman, 2015). Hastalık durumu bireyin yaşam uyumuna ve dengesine zarar vermektedir. Bu zarar bireyin gelecek beklentisini ve geleceğe yönelik umudunu olumsuz etkileyebilir. Aynı zamanda bazı bireylerde umutsuzluğa karşı depresyon gelişir (Özer, 2008). Yatan hastalarda en sık karşılaşılan problemlerden biri anksiyetedir. Bazı bireylerde kronik hastalık tanısı aldıktan sonra depresyon gelişebilir (Edmondson, 2001). Depresyon hastanın tedaviye uyumunu ve sürekliliğini olumsuz olarak etkiler. Bireyin yaşam kalitesini etkiler. Bu nedenlerden dolayı depresyon erken tanılanması ve tedavi edilmesi gereken bir durumdur (Kocaman, 2010). Ustaahioğlu ve Tan'ın (2017) diyabet ile ilgili yaptıkları çalışmada, diyabeti olan yetişkin bireylerin bakım ve tedaviye uyumlarının olumlu yönde olduğunu belirtmektedirler. Bir diğer çalışma olan Zengin ve ark. (2017) diyabeti olan bireylerin psikososyal uyumlarını incelemişlerdir. Diyabeti olan bu bireylerin hastalıklarına uyum sağladıklarını ifade etmektedirler. Buna karşın birçok çalışmada erişkin bireylerin diyabet hastalığına uyumlarının olumsuz olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Erdem ve arkadaşları'nın (2016) yapmış olduğu çalışmalarında, Tip 2 diyabet hastalığına sahip olan bireylerin hayat tarzı değişikliklerine yeterince uyum sağlayamadıklarını ifade etmişlerdir. İlgili alan yazın doğrultusunda bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin psikososyal

sorunlarının kronik hastalıklarına uyumlarına etkisini ifade edebilmek amacıyla bulgular tartışılmıştır.

Çalışmada öncelikle kronik hastalığı olan bireylerde öfke, depresyon, anksiyete ve umutsuzluğun hastalığa uyum ile ilişkisi incelenmiştir. Kronik hastalıklara uyumun psikolojik, fiziksel ve sosyal olarak üç alt boyutu bulunmaktadır. Kronik hastalıklara genel uyum arttıkça, kronik hastalıklara fiziksel uyum, kronik hastalıklara sosyal uyum ve kronik hastalıklara psikolojik uyum da artmaktadır. Çalışma bulgularına göre korelasyon katsayıları yüksek düzeyde gerçekleşmiştir.

Çalışma bulgularına göre kronik hastalıklara uyum ile sürekli öfke arasında pozitif ilişki sağlanmıştır. Buna göre sürekli öfke düzeyi arttıkça kronik hastalıklara uyum da artmaktadır. Ancak çalışmaya göre korelasyon katsayısı düşük düzeyde gerçekleşmiştir. Sürekli öfke ile kronik hastalıklara fiziksel uyum, kronik hastalıklara psikolojik uyum arasında ilişki bulunmuştur. Öte yandan sürekli öfke ile kronik hastalıklara sosyal uyum arasında bir ilişki bulunamamıştır. Alan ile ilgili literatürde benzer çalışmalar bulunmaktadır. Erkek ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında yüksek tansiyon tanısı alan bireylerin sürekli öfke düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Russel ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları çalışmada öfke tarzının kronik hastalığı olan kişilerin semptomlarını etkilediği bulunmuştur. Buna göre anlık öfke ve içe dönük öfkenin günlük semptomları arttırdığı ve uyumu olumsuz etkilediği görülmektedir (Russel ve ark. 2016). Bu araştırmada ise sürekli öfke ölçeğinin kullanılması ve bunun da uyumu arttırması bu öfke tarzının diğerlerinden farklı olarak hastalığı kontrol etmek için güdüleyici olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada kronik hastalıklara genel uyum ile umutsuzluk arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Buna göre kronik hastalıklara uyum düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeyi de artmaktadır. Fakat çalışmaya göre korelasyon katsayısı düşük düzeydedir. Umutsuzluk ile kronik hastalıklara sosyal uyum arasında da pozitif yönde ilişki görülmüştür. Bu sonuca göre umutsuzluk arttıkça kronik hastalıklara sosyal uyum düzeyi de artmaktadır. Fakat korelasyon katsayısı düşük düzeyde gerçekleşmiştir. Tüberküloz hastalarında yapılmış olan bir çalışmada tüberküloz tanısının geç konulmasında, uygun olmayan ve amaca yönelik olmayan sağlık davranışlarına katkıda bulunan temel faktörün umutsuzluk olduğu belirlenmiştir (Kuznetsov ve ark., 2013). Tüberküloz üzerine yapılan başka bir çalışmada, tüberküloz hastalarının çoğunun yetersiz beslendiği, bu durumun strese ve umutsuzluğa sebep olduğu ifade edilmiştir (Gebreweld ve ark., 2018). Bu bilgidan yola çıkılarak umutsuzluk ve

tüberküloz arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda bu çalışmada elde edilen bulgu daha anlaşılır olmaktadır. 494 Sarkopeni hastası ile yürütülen kesitsel ve boylamsal bir çalışmada umutsuzluğun hastalık için risk oluşturduğu ve semptomlarını arttırdığı bulunmuştur (Kurita ve ark. 2021). Litartürden farklı olarak araştırma bulgularında umutsuzluğun hastalığa uyumu arttırtmasının sebebi olarak semptomların artmasına bağlı olarak hasta bireylerin yaşadıkları çaresizlikle baş etmeye açlıştıkları düşünülebilir. Ayrıca elde dilen bu bulguya göre kronik hastalıklara genel uyum ve sosyal uyum ile umutsuzluk arasındaki ilişki düzeyinin çok düşük olduğu ve kronik hastalıklara uyum artsa da umutsuzluk düzeyini yeterince azaltmadığı görülmüştür. Ayrıca kronik hastalıklara fiziksel uyum ve kronik hastalıklara psikolojik uyum, umutsuzluk ile ilişkisiz olarak bulunmuştur.

Yapılan çalışmada kronik hastalıklara genel uyum, fiziksel uyum ve sosyal uyum ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Ancak anksiyete ile kronik hastalıklara psikolojik uyum arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Buna göre kronik hastalıklara psikolojik uyum arttıkça anksiyete düzeyi de artmaktadır. Yalnız, kronik hastalıklara psikolojik uyum ile anksiyete arasında düşük düzeyde bir korelasyon katsayısı elde edilmiştir. Literatürde anksiyete ile kronik hastalıklar arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Hacıhasanoğlu ve ark., 2010). Bu çalışmada elde edilen bulguya göre de kronik hastalığa psikolojik uyum arttıkça anksiyete de artmaktadır. Buna göre her ne kadar kronik hastalığa psikolojik uyum artsa da anksiyete düzeyi azalmamaktadır.

Çalışmada kronik hastalıklara genel uyum ile depresyon arasında ilişki gözlenmemiştir. Ancak depresyon ile kronik hastalıklara fiziksel uyum arasında negatif bir ilişki gözlenmiştir. Buna göre kronik hastalıklara fiziksel uyum düzeyi arttıkça depresyon azalmaktadır. Literatürde depresyon ile kronik hastalıklar arasında pozitif yönde bir ilişki gözlenmektedir (Hacıhasanoğlu ve ark., 2010). Bu çalışmada ise kronik hastalıklara fiziksel uyum ile depresyon arasında negatif bir ilişki elde edilmiş ve fiziksel uyumun artmasıyla depresyonun azaldığı gözlenmiştir. Ayrıca Mete'nin (2008) kronik hastalık ve depresyonu incelediği çalışması, çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Depresyonun kronik bir hastalığın gidişatını olumsuz etkileyebileceğini, kronik bir hastalığın da depresyona sebebiyet verebileceği belirtilmiştir. Buna karşın kronik hastalıklara genel uyum, psikolojik uyum ve sosyal uyum arasında anlamlı bir ilişki elde edilememiştir. Bu çalışmada da depresyon ile

yalnızca fiziksel uyum arasında anlamlı bir ilişki elde edilirken diğer kronik hastalığa uyum puanları ile anlamsız ilişkiler elde edilmiştir.

Çalışmada sürekli öfke, umutsuzluk, depresyon, anksiyete puanları kullanılarak kronik hastalıklara uyum puanı yordanmıştır. Çalışma bulgularına göre kronik hastalıklara uyumu sürekli öfke, umutsuzluk ve depresyon anlamlı bir şekilde yordamaktadır. Bu değişkenlerden sırasıyla sürekli öfkenin kronik hastalıklara uyumu açıklama katsayısı ($\beta=0,197$), umutsuzluğun açıklama katsayısından ($\beta=0,196$) ve depresyonun açıklama katsayısından ($\beta= -0,189$) daha yüksek düzeyde gerçekleşmiştir. Buna karşın anksiyetenin kronik hastalıklara uyumu açıklamada rol oynamadığı gözlenmiştir. Kronik hastalıklara uyum ile anksiyete arasında her ne kadar düşük düzeyde bir ilişki elde edildiyse de sürekli öfke, depresyon ve umutsuzluğun yanında anksiyetenin etkisinin kaybolduğu gözlenmiştir. Literatürde anksiyete ile kronik hastalıklar arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Hacıhasanoğlu ve ark., 2010). Aynı zamanda literatürde depresyon ile kronik hastalıklar arasında pozitif yönde bir ilişki gözlenmektedir (Hacıhasanoğlu ve ark., 2010). Ayrıca Erkek ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında yüksek tansiyon tanısı alan bireylerin sürekli öfke düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Yürüttüğümüz bu araştırma ile literatür verileri uyuşmamakta olup depresyon, anksiyete umutsuzluk, öfkenin hastalığa uyumu olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Janowski ve ark. 2014; Everson-Rose ve ark., 2014; Russel ve ark. 2016; Kurita ve ark. 2021). Bu araştırmanın bireylerin semptomların alevlendiği, kendi başlarına semptomları yönetemedikleri ve durumlarının ağırlaştığı bir dönemde başka bir deyişle hastaneye yatan bireylerde yürütülmesinin araştırma verilerinin toplandığı andaki yani kesitsel değerlendirmedeki etkiden kaynaklandığı düşünülebilir. Hastaneye yatış ile beraber umutsuzluk, öfke ve depresif semptomlardaki artarken bireylerin aldığı profesyonel sağlık hizmeti ve bakım ile hastalıklarına uyumlarını arttırmış olabilir.

Cinsiyet gruplarına göre kadın ve erkek gruplarının kronik hastalıklara uyum düzeyleri arasında farklılık olduğu belirlenmiştir. Erkek grubunun kronik hastalıklara uyum düzeyinin kadın grubunun kronik hastalıklara uyum düzeyinden daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Çalışma bulgularının aksine yapılan bir çalışmada kronik hastalıklar grubuna giren hipertansiyon hastalığının kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre daha fazladır. Aynı çalışmada erkeklerde hipertansiyon farkındalık, tedavi ve kontrolü kadınlara göre daha düşüktür (Sözmen ve ark., 2015). Cinsiyet faktörü sağlık üzerinde önemli bir değişkene sahiptir. Kadınlar kendi sağlık

sorunlarından önce diğer aile üyelerinin sağlık problemlerine öncelik vermektedirler. Bu da ileri ki zamanlarda birçok hastalık ile karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır (Hart, 2005). Grace ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir çalışmada ise kalp hastalığına sahip olan kadın ve erkek bireylerde hastalığın görülme sıklığı düzeyinde bir fark görülmediği fakat kadınların hastalığın daha uzun süreceği ve iyileşmekte güçlük çekebileceği, erkeklerin ise hastalığın semptomlarına daha iyi uyum gösterdiği ifade edilmiştir. İlgili alan yazılarının çalışmamız ile uyum göstermeme nedeni birden çok kronik hastalığın çalışmaya dahil edilmesi sayılabilir.

Kronik hastalığı olan ve kronik hastalığı olmayan grupların kronik hastalıklara uyum düzeyleri karşılaştırılmıştır. Çalışma gruplarına göre kronik hastalığı olan grup ile kronik hastalığı olmayan grubun kronik hastalıklara uyumları arasında fark gözlenmemiştir.

Araştırmamızda ek hastalığı olan bireyler ile ek hastalığı olmayan gruplar arasında kronik hastalıklara uyum düzeyleri karşılaştırılmıştır. Çalışma gruplarına göre ek hastalığı olan grup ile ek hastalığı olmayan grubun kronik hastalıklara uyum düzeyleri fark gözlenmiştir. Ek hastalığı olan bireylerin kronik hastalığa uyum düzeyleri ek hastalığı olmayan bireylerin kronik hastalığa uyum düzeyleri daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bireyin ek hastalığa sahip olması ve var olan kronik hastalığa uyumu arasında negatif bir ilişki mevcuttur. Yani hasta birey başka bir hastalık tanısı aldığı anda, kronik hastalığına uyumu güçleşir. Çalışmamıza benzer olarak yapılan başka bir çalışmada diyabete olan hastalara ek olarak kronik kalp hastalığı olan bireylerin hastalığın zorlayıcı semptomlarından dolayı uyumlarının güç olduğu ifade edilmiştir (Erdoğan, 2002; Olgun, 2012; Özata, 2014).

Araştırmamıza göre kronik hastalıklara uyum ile sosyal destek düzeyi arasında farklılık bulunmaktadır. Buna göre sosyal destek düzeyi arttıkça kronik hastalıklara uyum artmaktadır. İlgili literatür bakıldığında algılanan sosyal desteğin aile rollerini yerine getirmesi ve bireyin baş etmesi için önemli değişken olduğu ifade edilmiştir (Lai ve Thomson, 2011). Başka bir çalışma da ise sosyal destek artınca depresyon düzeyinin düştüğü ve yaşam doyumunun arttığı ifadelerine yer verilmiştir. İncelemeler sonucunda çalışmamız ile literatür uyum içerisinde (Aoun ve ark., 2013).

Bu araştırmada ekonomik durum düzeyi iyi olan grubun kronik hastalıklara uyumunun, ekonomik durum düzeyi orta olan grubun kronik hastalıklara uyumundan daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna karşın ekonomik durum düzeyi iyi olan grup ile ekonomik durum düzeyi kötü olan grupların arasında fark görülebilmiştir.

Araştırmamızda kronik hastalıklara uyum ve ekonomik durum düzeyi arasında farklılık bulunmaktadır. Yani ekonomik durum düzeyi arttıkça kronik hastalıklara uyum artmaktadır. İlgili alan yazınlarına bakıldığında kronik hastalığın var olması, bireylerin işlerini kaybetmesine neden olabilmektedir. Özellikle yeti yitimine sebep olan hastalıklar ciddi ekonomik kayıpları beraberinde getirebilmektedir. Bu sebeple ekonomik problem yaşayan bireyler iş hayatlarından uzakta kalabilmekte, böylece sosyal yalıtım düzeyleri artmaktadır. Bu durum birçok problemin ortaya çıkmasına sebep olur. Depresyon görülme ihtimalini arttırır (Asbring, 2001). Bir diğer çalışmaya göre de kronik hastalık ile maddi yükümlülüğün artması, hastaneye ulaşım için kullanılan ücretler, hastalığa özgü alınması gereken ekipman ya da hastalığa özgü beslenme şekli bireyin ve ailenin maddi yükümlülüğünü arttırabilmektedir. Bu durum da bireyin kaygılanmasına sebebiyet vermektedir. Çalışmamız ve alan yazıları kronik hastalık ve ekonomik durum ilişkisinde uyum göstermektedir (Kayhan, 1995).

Yapılan bir çalışmada belirlenen bir kasabadaki bireylerde kronik hastalık sıklığı hipertansiyon, osteoporoz ve romatoid artrit olduğu saptanmıştır. Bu durumun bulunulan yer, eğitim düzeyi hastaneye uzaklığı gibi birçok değişkenle ilişkili olduğu ifade edilmiştir (Özkan, 2006). İlgili literatüre bakıldığında yaşanan yer ve kronik hastalık arasındaki uyum ilişkilidir. Ancak araştırma bulgularımızla benzerlik göstermemektedir. Araştırmamıza yansımama nedeni olarak tek bir ildeki hastanede çalışmanın yürütülüyor olması olarak düşünülebilir. Çalışma bulgularına tanı grupları arasında kronik hastalıklara uyum düzeyleri arasında fark görülememiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada kronik hastalıklara uyum ile sürekli öfke, umutsuzluk, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuç olarak bu araştırmada elde edilen bulgular şu şekildedir. Kronik hastalıklara genel uyum ile sürekli öfke ve umutsuzluk arasında ilişki bulunurken, kronik hastalıklara genel uyum ile anksiyete ve depresyon arasında ise ilişki bulunamamıştır. Kronik hastalıklara fiziksel uyum ile sürekli öfke ve depresyon arasında ilişki bulunmuştur. Ancak kronik hastalıklara fiziksel uyum ile umutsuzluk ve anksiyete arasında ilişki bulunamamıştır. Kronik hastalıklara sosyal uyum ile umutsuzluk ilişki gözlenirken, kronik hastalıklara sosyal uyum ile sürekli öfke, anksiyete, depresyon arasında ilişki gözlenmemiştir. Kronik hastalıklara psikolojik uyum ile sürekli öfke ve anksiyete arasında ilişki bulunurken, kronik hastalıklara psikolojik uyum ile umutsuzluk ve depresyon arasında ilişki bulunamamıştır. Regresyon analizi sonuçlarına göre sürekli öfkenin, umutsuzluğun ve depresyonun kronik hastalıklara uyumu açıkladığı ancak anksiyetenin açıklamadığı görülmüştür. Ayrıca cinsiyet gruplarının kronik hastalıklara genel uyum düzeyinde fark bulunmuştur. Çalışmada kronik hastalığı olan ve kronik hastalığı olmayan gruplar arasında kronik hastalığa genel uyum düzeyleri arasında fark gözlenmemiştir. Sağlık personelinde bilgi alamayan grup ve sağlık personelinde bilgi alabilen grup karşılaştırıldığında, kronik hastalıklara genel uyum düzeyleri arasında fark bulunmamıştır. Ek hastalığı olan grup ile ek hastalığı olmayan grubun kronik hastalıklara genel uyum düzeyleri arasında fark gözlenmiştir. Çocuk sahibi olan ve olmayan gruplar arasında kronik hastalıklara genel uyumları arasında fark görülmemiştir. Sigara kullanan ve sigara kullanmayan grubun kronik hastalıklara genel uyumları arasında fark görülmemiştir. Sosyal destek düzeyi grupları arasında kronik hastalıklara genel uyum düzeyleri arasında fark görülmemiştir. Medeni durum grupları arasında kronik hastalıklara genel uyum düzeyleri arasında fark görülmemiştir. Ekonomik durum grupları arasında kronik hastalıklara genel uyum düzeyleri arasında fark gözlenmiştir. Yaş grupları arasında kronik hastalıklara genel uyum düzeyleri arasında fark görülmemiştir. Eğitim durumu grupları arasında kronik hastalıklara genel uyum düzeyleri arasında fark görülmemiştir. Yaşanan yer grupları arasında kronik hastalıklara genel uyum düzeyleri arasında fark görülmemiştir. Tanı grupları arasında kronik hastalıklara genel uyum arasında fark gözlenmemiştir.

6.1. Öneriler

Bu araştırmada kronik hastalığı olan bireylerin sürekli öfke, umutsuzluk, anksiyete ve depresyon düzeylerinin hastalığa olan uyumları arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmada elde edilen bulgular sonucunda gerek teorik, gerek de uygulama alanında var olan sağlık profesyonellerinin, hastanın psikososyal sorunlarını farkedebilme ve psikososyal bakım gereksinimleri konusunda farkındalıklarının artırılması, hastayı bütüncül ele almayı, hastanın sadece fiziksel yakınmalarını değil, aynı zamanda psikolojik gereksinimlerini de ele almanın uyum artırıcı yönü olduğuna dikkat çekilmelidir. Kronik hastalıklara uyumun daha iyi anlaşılabilmesi için diğer psikolojik değişkenlerin de incelenmesi önerilmektedir. Hastanede yatan bireyler içerisinde kronik hastalığa sahip olan hastaları tespit etmek ve veri toplama işlemini gerçekleştirmek çalışmanın zorlayıcı unsurlarından olmuştur. Araştırmamızın tek bir hastanede ve belli kliniklerin verileri ile sınırlıdır. Ayrıca araştırma verileri ise kullanılan ölçüm araçlarının boyutları ile sınırlıdır. Bu araştırmada kronik hastalıklar genel olarak incelenmiştir. Ancak kronik hastalıkların tanıya göre ayrıca incelenmesi gerekmektedir. Böylece bu çalışmada elde edilen bulguların geçerliğine katkıda bulunulacaktır.

7. KAYNAKLAR

- Aba, N., & Tel, H. (2012). Diabetes mellituslu hastalarda depresyon ve özbakım gücü. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 1(1), 18-23.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological review*, 96(2), 358.
- Akdur, R., Çöl, M., Işık, A., İdil, A., Durmuşoğlu, M., & Tunçbilek, A. (1998). Halk sağlığı. Baskı, Ankara. AÜ TF Antıp AŞ Yayınları, 3-13.
- Akın, S. & Durna, Z. (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 1-2.
- Akıncı, B., Nergiz, A., & Gedik, E. (2015). Uyum süreci üzerine bir değerlendirme: Göç ve toplumsal kabul. *Göç araştırmaları dergisi*, 1(2), 58-83.
- Al-Sahan, M. M., MacEntee, M. I., Thorne, S., & Bryant, S. R. (2020). A qualitative synthesis of theories on psychosocial response to loss of breasts, limbs or teeth. *Journal of Dentistry*, 103, 100014.
- Altıntaş, H. Ö., Baştuğ, G., Durmaz, N., & Altunöz, U. (2014). Demanslı Hastalarda Ajitasyonun Bakım Veren Yüğüne Etkisi. *Türk Geriatri Dergisi/Türk Geriatri Dergisi*, 17 (3).
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV-TR). Ankara, Hekimler Yayın Birliği; 2001.
- Anuk, D. (1998). Kanser, kanserli hasta, hasta ailesi ve tedavi ekibi etkileşimi. V. Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongresi “Uluslararası Katılımlı, 166, 172.
- Aoun, S. M., Bentley, B., Funk, L., Toye, C., Grande, G., & Stajduhar, K. J. (2013). A 10-year literature review of family caregiving for motor neurone disease: moving from caregiver burden studies to palliative care interventions. *Palliative medicine*, 27(5), 437-446.
- Årestedt, L., Benzein, E., & Persson, C. (2015). Families living with chronic illness: beliefs about illness, family, and health care. *Journal of family nursing*, 21(2), 206-231.
- Arslan, Y. & Yazıcı, G. (2021). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Psikososyal Bakım Yaklaşımı ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliğinin Rolü. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 29-35.
- Asbring, P. (2001). Kronik hastalık- yaşamda bir bozulma: kronik yorgunluk sendromu ve fibromiyalji olan kadınlar arasında kimlik dönüşümü. *İleri hemşirelik dergisi*, 34 (3), 312-319.
- Aydemir, Ö., Özmen, E., Küey, L., Kültür, S., Yeşil, M., Postacı, N., & Bayata, S. (1997). Psychiatric morbidity and depressive symptomatology in patients with permanent pacemakers. *Pacing and clinical electrophysiology*, 20(6), 1628-1632.
- Aydemir, T. & Çetin, Ş. (2019). Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım. *Journal of Anatolian Medical Research*, 4(3), 109-115.

- Bahar, A., Savaş, H. A., & Parlar, S. (2009). Göğüs Hastalıkları Servisinde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. In *Yeni Symposium*, 47, 1.
- Bardage, C. & Isacson, D. G. (2001). Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of clinical epidemiology*, 54(2), 172-181.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861.
- Bernier, M. (2015). *The task of hope in Kierkegaard*. Oxford University Press, USA.
- Bilge, F. (1997). Danışandan hız alan ve bilişsel davranışsal yaklaşımlarla yapılan grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin kızgınlık düzeyleri üzerindeki etkisi. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 2(8), 9-16
- Birol, L. (2007). Hemşirelik Süreci. (8. Baskı). İzmir: Etki Maatbaacılık.
- Bolsoy, N., Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 9(3), 78-87.
- Breidenbach, C., Kowalski, C., Ansmann, L., Schult, S., Sibert, N. T., Neupert, I., Zimmermann, T., & Wesselmann, S. (2022). Incorporating psychosocial care into routine oncological care: Insights into challenges and strategies from certified cancer centers' audit data. *Psycho-oncology*, 31(8), 1331–1339.
- Cadman, D., Boyle, M., Szatmari, P., & Offord, D. R. (1987). Chronic illness, disability, and mental and social well-being: findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics*, 79(5), 805-813.
- Ceyhan, Y. Ş., & Ünsal, A. (2018). Farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4), 263-273.
- Ceyhan, Y. Ş. & Ünsal, A. (2018). Farklı Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4), 263-273.
- Chabri, S., Dhara, A., Show, B., Adak, D., Sinha, A., & Mukherjee, N. (2016). Mesoporous CuO–ZnO p–n heterojunction based nanocomposites with high specific surface area for enhanced photocatalysis and electrochemical sensing. *Catalysis Science & Technology*, 6(9), 3238-3252.
- Cockerham, W. C., Hamby, B. W., & Oates, G. R. (2017). The social determinants of chronic disease. *American journal of preventive medicine*, 52(1), S5-S12.
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science*, 1(3), 98-101.
- Coveney, J., & Bunton, R. (2003). In pursuit of the study of pleasure: Implications for health research and practice. *health*, 7(2), 161-179.
- Cutcliffe, J. R. & McKenna, H. P. (Eds.). (2005). The essential concepts of nursing: building blocks for practice. Elsevier Health Sciences.

- Cz  h, B., Michaelis, T., Watanabe, T., Frahm, J., De Biurrun, G., Van Kampen, M., ... & Fuchs, E. (2001). Stress-induced changes in cerebral metabolites, hippocampal volume, and cell proliferation are prevented by antidepressant treatment with tianeptine. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98(22), 12796-12801.
-   am, O. (2014). Tidal Model. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hem  ireliği: Bakım Sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 85-102.
-   am, O., Yal  ıner, N. (2018). Mental illness and recovery. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(1), 55-60.
- Danesi, M. A. (1984). Patient perspectives on epilepsy in a developing country. *Epilepsia*, 25(2), 184-190.
- Dedeli,   . & Akyol, A. D. (2008). Yoğun bakım hastalarında psikososyal sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 12(1), 26-32.
- Deffner, T., M  nch, U., Riessen, R., Nydahl, P., & Hierundar, A. (2022). Psychosoziale Angeh  rigenversorgung: Rahmenkonzept f  r Intensivstationen. *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 117(8), 600-606.
- Demirci,   . & Kaya, S. (2022). Türkiye’de yaşlı bireyler arasında bulaşıcı olmayan hastalık ve risk faktörlerinin birliktelik kuralları analizi ve sosyal aė analizi ile incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 13(34), 535-550.
- Dilbaz, N. & Seber, G. (1993). Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda   nemi. *Kriz Dergisi*, 1(3).
- Durak Bang  n, A., Hisli   ahin, N., & Karşlı Demirel, E. (2011). Bedensel Hastalıkları Olan Bireylerde Stres, Kendilik Algısı, Kişilerarası Tarz ve   fke İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22 (4), 245–254.
- Edmondson, J. C. (2001). Chronic Pain and the Placebo Effect. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sadock, B.(Ed), 7. baskı.
- Ekinci, M. & Okanlı, A. (2001). Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2).
- Ekşi, A. (1990). Kronik Ve Fetal Hastalıklarda Yaklaşım. *Düzenleyenler: Neyzi,   ., Ertuğrul, T.: Pediatri*, 11(2).
- Erkek, N.,   zg  r, G., & Babacan Gümüş, A. (2006). Hipertansiyon tanısı alan hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzları. *C     m  irelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 9-18.
- Everson-Rose, S. A., Roetker, N. S., Lutsey, P. L., Kershaw, K. N., Longstreth Jr, W. T., Sacco, R. L., & Alonso, A. (2014). Chronic stress, depressive symptoms, anger, hostility, and risk of stroke and transient ischemic attack in the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Stroke*, 45(8), 2318-2323.
- Ferrell, B., Virani, R., Grant, M., & Borneman, T. (1999). Analysis of content regarding death and bereavement in nursing texts. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(6), 500-510.

- Fine, L. J., Philogene, G. S., Gramling, R., Coups, E. J., & Sinha, S. (2004). Prevalence of multiple chronic disease risk factors: 2001 National Health Interview Survey. *American journal of preventive medicine*, 27(2), 18-24.
- Fortinasit, K.M. & Holoday Worret, P.A. Psychiatric mental health nursing. USA: Mosby-Year Book; 1996: 678- 9.
- Gebreweld, F. H., Kifle, M. M., Gebremicheal, F. E., Simel, L. L., Gezae, M. M., Ghebreyesus, S. S., & Wahd, N. G. (2018). Factors influencing adherence to tuberculosis treatment in Asmara, Eritrea: a qualitative study. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 37, 1-9.
- Gençöz, F. (1998). Uyum psikolojisi. *Kriz Dergisi*, 6(2).
- Gore, J. D. (2013). Providing holistic and spiritual nursing care: A pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 710-715.
- Gorman, L. M., & Sultan, D. F. (2007). *Davis's manual of psychosocial nursing for general patient care. (No Title)*.
- Gorman, L. M., Sultan, D., & Luna-Raines, M. (1996). *Davis's manual of psychosocial nursing for general patient care. (No Title)*.
- Grace, S. L., Krepostman, S., Brooks, D., Arthur, H., Scholey, P., Suskin, N., & Stewart, D. E. (2005). Illness perceptions among cardiac patients: relation to depressive symptomatology and sex. *Journal of psychosomatic research*, 59(3), 153-160.
- Güçlü, N. (2001). Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1).
- Gültekin, G., Baran, G. (2005). Hastalık ve çocuk. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 8(8).
- Güner, P. (2000). Sorunlarla etkili baş etme yolu: problem çözme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1).
- Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A., & Uslu, S. (2010). Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(3), 209-216.
- Hart, P. L. (2005). Women's perceptions of coronary heart disease: an integrative review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(3), 170-176.
- Hiçdurmaz, D.(2017). Cerrahi Operasyon Geçiren Yaşlıların Psikososyal Bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing-Special Topics*, 3(2).
- İnkaya, B., Düzalan, Ö., & Özpancar, N. (2016). Diyabetli hastalarda hastalığı kabulün öz bakım aktivitelerine etkisi. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 8, 2-3.
- Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., & Jedynak, T. (2014). Emotional control, styles of coping with stress and acceptance of illness among patients suffering from chronic somatic diseases. *Stress and health : Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 30(1), 34-42. <https://doi.org/10.1002/smi.2493>
- Karadakovan, A. & Eti Aslan, F. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri; 99-111

- Karataş, H. & Kelleci, M. (2021). Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin geliştirilmesi geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(3), 263-271.
- Kavradım, S. T. & Özer, Z. C. (2014). Kanseri tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 154-164.
- Kaya, H., Kaya, N., & Karaman, N. (2008). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlık ekibi hizmeti anlayışları ve yaşanan sorunlar. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 16(62), 102-113.
- Kaya, N., & Babadağ, K. (2015). Romatoid artritli bireylerde sağlığa ilişkin yaşam kalitesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 13(53), 51-72.
- Kayhan, F. (1995). Kronik Hastalıklar ve Aile Dinamikleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 11(2), 99-107.
- Kaymaz, T. T., & Akdemir, N. (2016). Psychosocial adjustment of diabetic patients to their disease. *J Psychiatr Nurse*, 7(2), 61-67.
- Kılıç, N. & Kılıç, S. P. (2022). Kronik hastalıklar ve umut terapisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 185-190.
- Kızılırmak, M. & Demir, S. (2016). Hastanede çalışan hemşirelerde depresyon ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(2).
- Kocaman, N. (2005). Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 49-54.
- Kocaman, N. (2006). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Psikiyatri Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Özel Sayısı*, 47(2), 97-107.
- Kocaman, N. (2008). Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 101-112.
- Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z., & Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 271-280.
- Koçoğlu, D., & Özdemir, L. (2011). Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyo-demografik-ekonomik özelliklerle ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 23(2), 64-70.
- Kökdemir, H. (2004). Öfke ve öfke kontrolü. *Pivolka*, 3(12), 7-10.
- Kurita, N., Wakita, T., Fujimoto, S., Yanagi, M., Koitabashi, K., Suzuki, T., Yazawa, M., Kawarazaki, H., Shibagaki, Y., & Ishibashi, Y. (2021). Hopelessness and Depression Predict Sarcopenia in Advanced CKD and Dialysis: A Multicenter Cohort Study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 25(5), 593-599. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1556-4>
- Kuznetsov, V. N., Grjibovski, A. M., Mariandyshev, A. O., Johansson, E., Enarson, D. A., & Bjune, G. A. (2013). Hopelessness as a basis for tuberculosis diagnostic delay in the Arkhangelsk region: a grounded theory study. *BMC Public Health*, 13, 1-11.

- Ladwig, K. H., Lurz, J., & Lukaschek, K. (2022). Long-term course of heart disease: How can psychosocial care be improved?. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 65(4), 481-487.
- Lai, D. W. & Thomson, C. (2011). The impact of perceived adequacy of social support on caregiving burden of family caregivers. *Families in Society*, 92(1), 99-106.
- Larson, J. S. (1991). Two scales for measuring international health status. *Evaluation & the Health Professions*, 14(4), 422-437.
- Legg, M. J. (2011). What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 28(3), 61-67.
- Leininger, M. M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing science quarterly*, 1(4), 152-160. <https://doi.org/10.1177/089431848800100408>
- Lin, C. C., Tsai, H. F., Chiou, J. F., Lai, Y. H., Kao, C. C., & Tsou, T. S. (2003). Changes in levels of hope after diagnostic disclosure among Taiwanese patients with cancer. *Cancer nursing*, 26(2), 155-160.
- Lozano, R., Fullman, N., Mumford, J. E., Knight, M., Barthelemy, C. M., Abbafati, C., & Cárdenas, R. (2020). Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1250-1284.
- Manfredi, C., Cho, Y. I., Crittenden, K. S., & Dolecek, T. A. (2007). A path model of smoking cessation in women smokers of low socio-economic status. *Health Education Research*, 22(5), 747-756.
- Maser, J. D. & Cloninger, C. (1990). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. American Psychiatric Association, 16(1), 24-40.
- Mete, H. E, Noyan, A. & Sertöz, Ö. (2006). Ağrının psikososyal yönleri. *Ağrı*, 18 (1), 20-25.
- Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.
- Moller, M. D. & McLoughlin, K. A. (2013). Integrating recovery practices into psychiatric nursing: where are we in 2013?. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(3), 113-116.
- Norman, I., & Ryrie, I. (2013). *The art and science of mental health nursing: Principles and practice: A textbook of principles and practice*. McGraw-Hill Education (UK).
- Norwood, S. L. (1998). Psychiatric consultation-liaison nursing: revisiting the role. *Clinical Nurse Specialist*, 12(4), 153-156.
- Oryal, T. A. & Özmen, E. (2008). Lise öğrencilerinde umutsuzluk ve umutsuzluk düzeyini etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 8-15.
- Özdemir, Ü., Taşcı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
- Özer, A.K. (1994). Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9, 26-35.

- Özer, B. U. & Tezer, E. (2008). Umut ve olumlu-olumsuz duygular arasındaki ilişkiler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (23).
- Özgüler, V. C. (2018). Göç Ve Uyum Politikaları. *GSI Journals Serie B: Advancements in Business and Economics*, 1(1), 1-10.
- Özkan, B., Arguvanlı, S., Saraç, B., & Medik, K. (2014). Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Hasta Yakınlarının Stigmaya İlişkin Görüşleri. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(1).
- Özkan, H., Yalvarmış, F., Güler, M., Çalışkan, T., Türker, S., & Sunay, F. B. (2006). Yaşlı nüfusun sosyodemografik özellikleri: Pamukçu kasabası, Balıkesir, 15(11).
- Öztürk, Y. E. & Kırac, R. (2019). Sağlık ve Hastalık. *Scientific Developments*, 382(389), 26-34.
- Patterson, R. L., Sullivan, M. J., & Spielberger, C. D. (1980). Measurement of state and trait anxiety in elderly mental health clients. *Journal of Behavioral Assessment*, 2, 89-97.
- Portillo, M. C., Haahr, A., & Navarta-Sánchez, M. V. (2021). Management, Levels of Support, Quality of Life, and Social Inclusion in Parkinson's Disease: Interventions, Innovation, and Practice Development. *Parkinson's disease*, 2021, 4681251. <https://doi.org/10.1155/2021/4681251>
- Robinski, M., Mau, W., Wienke, A., & Girndt, M. (2016). Shared decision-making in chronic kidney disease: A retrospection of recently initiated dialysis patients in Germany. *Patient education and counseling*, 99(4), 562-570.
- Romas, A. & Sharma, M. (2000). Practical Stress Management Allyn&Bacon. *Massachusetts Smith JC (1993) Creative stress management*, 1-2.
- Rowe, A. & Carey, L. (2004). The effect of population-based health needs assessment on health visitor practice. *Primary Health Care Research & Development*, 5(2), 179-186.
- Royal College of Psychiatrists Council (2003). Report of a joint working party of the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists, The psychological care of medical patients A practical guide (Report No: CR108)., <http://doi.org/25.08.2012>.
- Russell, M. A., Smith, T. W., & Smyth, J. M. (2016). Anger Expression, Momentary Anger, and Symptom Severity in Patients with Chronic Disease. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 50(2), 259-271. <https://doi.org/10.1007/s12160-015-9747-7>
- Sapolsky, R. M., Krey, L. C., & McEwen, B. S. (2002). The neuroendocrinology of stress and aging: The glucocorticoid cascade hypothesis. *Science of Aging Knowledge Environment*, 2002(38), 21-21.
- Sarı, Ö. & Atılgan, K. G. (2012). Sağlık sosyolojisi: hastalık ve sağlığa ilişkin kavramsal tartışmalar. *Konya: Karatay Akademi Yayınları*.
- Seber, G. (1991). Beck umutsuzluk ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği üzerine bir çalışma. *Yayınlanmamış doçentlik tezi. Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Eskişehir*.

- Seedhouse, D. (1986). *Health: The Foundations for Achievement* John Wiley. Chichester, England, 134.
- Sharrock, J. & Happell, B. (2000). The role of the psychiatric consultation-liaison nurse in the general hospital. *The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 18(1), 34-39.
- Simon, S. S., Cordás, T. A., & Bottino, C. M. (2015). Cognitive behavioral therapies in older adults with depression and cognitive deficits: a systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 30(3), 223-233.
- Somunoğlu, S. (1999). Kavramsal açıdan sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 4(1).
- Sözmen, K., Ergör, G., & Ünal, B. (2015). Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontrolünü etkileyen etmenler. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(2), 199-207.
- Spielberger, C. D., Jacobs, G. A., Crane, R. S., & Russell, S. F. (1983). On the relation between family smoking habits and the smoking behavior of college students. *Applied Psychology*, 32(1), 53-69.
- Starcevic, V., & Berle, D. (2006). Cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs. *Depression and anxiety*, 23(2), 51-61.
- Suliman, W. A., Welmann, E., Omer, T., & Thomas, L. (2009). Applying Watson's nursing theory to assess patient perceptions of being cared for in a multicultural environment. *Journal of Nursing Research*, 17(4), 293-300.
- Sürme, Y. (2019). Stres, Stresle İlişkili Hastalıklar ve Stres Yönetimi. *Journal of International Social Research*, 12(64).
- Şahin, N. H., Güler, M., & Basım, H. N. (2009). A tipi kişilik örüntüsünde bilişsel ve duygusal zekânın stresle başa çıkma ve stres belirtileri ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(3), 243-254.
- Şenol, M. G., Gün, İ., Toğrol, E., Olgun, N., & Saraçoğlu, M. (2009). Epilepsi hastalarında antiepileptik ilaç tedavisine uyumu etkileyen etmenler. *Duzce Medical Journal*, 11(1), 21-31.
- Şireci, E., & Karabulutlu, E. Y. (2017). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme vVe Kendi Bakımlarındaki Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 48-55.
- Topbaş, E. & Bingöl, G. (2017). Psikososyal boyutu ile diyaliz tedavisi ve uyum sürecine yönelik hemşirelik girişimleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 12(1), 36-42.
- Ustaaloğlu, S., & Tan, M. (2017). Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 12-20.
- Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., & Tarhan, M. O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85-92.

- Vagg, P. R., Spielberger, C. D., & O'Hearn Jr, T. P. (1980). Is the state-trait anxiety inventory multidimensional?. *Personality and Individual Differences*, 1(3), 207-214.
- Varcarolis, E. M., Carson, V. B., & Shoemaker, N. C. (2006). Foundations of psychiatric mental health nursing 5th ed. *St. Louis Missouri: Saunders Elsevier*.
- Vicdan, A.K., & Birgili, F. (2018). Kronik hastalıklara uyum değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesine yönelik geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Sağlık Sektörü Güncel Araştırmalar Dergisi*, 8 (2), 135-144.
- Watson, D. L. & Tharp, R. G. (1997). Self-directed behavior: Self-modification for personal adjustment . Pacific Grove, CA: Books.
- World Health Organization. (2019). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. World Health Organization.
- Yakimo, R. (2006). Outcomes in psychiatric consultation-liaison nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(1), 59.
- Yalçın, H. (2014). Evlilik uyumu ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 3(1).
- Yavuz, D., Yavuz, R., & Altunoğlu, A. (2012). The Psychiatric Disorders in Hemodialysis Patients. *Turkish Medical Journal*, 6(1), 33-37.
- Yıldırım, S. & Gürkan, A. (2010). Psikososyal Açıdan Kanser ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26(1), 87-98.
- Yılmaz, M., Mayda, A., Yüksel, C., Bolu, F., Seval, O., Bayındır, K., & Toçoğlu, H. (2012). Bir aile hekimliği merkezi'ne başvuran hastalara konulan tanılar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(3), 7-13.
- Yuet, L. M., Alexander, M. & Chun, C. J. P. (2002). Coping and adjustment in Chinese patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of nursing studies*, 39(4), 383-395.
- Zengin, O., Fırat, E., & Acar, B. (2017). Bazı sosyo-demografik özellikler açısından diyabetli bireylerin psikososyal uyum düzeyleri üzerine bir araştırma. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(3), 73-80.
- Zerwekh, J. & Gaglione, T. (2011). *Mosby's Medical Terminology Memory NoteCards-E-Book: Mosby's Medical Terminology Memory NoteCards-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

8. EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

... / ... / 20..

“Yatan Hastaların Psikososyal Bakım Gereksinimlerinin Kronik Hastalığa Uyumlarına Etkisi ” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Araştırma kapsamında kronik hastalığı olan ve yatarak tedavi gören hastaların psikososyal bakım gereksinimlerinin hastalıklarına uyumları üzerinde ne düzeyde bir etkisi olduğunun incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla 4 ölçek ve bir kişisel bilgi formundan 5 veri toplama aracı kullanılacaktır. Araştırmamız bir anket formuyla gerçekleştirileceğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Anket formunu tamamlamanız ortalama 10-15 dk sürecektir. Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. İstedığınız zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmamanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal yükümlülük altına girmeyeceksiniz, size de herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Sizden alınan bilgiler sadece adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Sağlık bilimlerinin gelişmesine yapmış olduğunuz katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-
Soyadı :

İmzası:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Velayet veya vesayet altında

bulunanlar için

Veli / Vasi Adı – Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

EK 2 : Sosyodemografik Özellikler Veri Toplama Formu

1-)Adınız Soyadınız:

2-)Yaşınız:

3-)Cinsiyetiniz:

a)Kadın b)Erkek

4-)Medeni Durumunuz:

a)Evli b)Bekar c)Boşanmış d)Dul

5-)Ekonomik Durumunuz:

a)İyi b) Orta c)Kötü

6-)Eğitim Düzeyiniz:

a)İlkokul b)Ortaokul c)Lise d)Üniversite e)Yüksek Lisans\Doktora

7-)Yaşadığınız Yer:

a)İl b)İlçe c)Köy\Kasaba

8-)Tanınız:

9-)Sosyal Destek Durumunuz(Eş, arkadaş, dost):

a)İyi b)Orta c)Kötü

10-)Kronik Hastalığa sahip olma durumunuz:

a)Yok b)Var (Süresini Belirtiniz.....)

11-)Hastalığa ilişkin sağlık personelinin yeterli bilgi alıyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

12-)Ek hastalığınız var mıdır?

a)Hayır b)Evet(Belirtiniz.....)

13-)Çocuğunuz var mıdır?

a)Evet b)Yok(Yok ise evde bakmakla yükümlü olduğunuz birinin olup olmadığını belirtiniz.....)

14-)Sigara kullanıyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

EK 3: HAD Ölçeği

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor
- ☐ Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil

☐ Bazen

☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

☐ Kesinlikle

☐ Genellikle

☐ Sık değil

☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

☐ Hemen hemen her zaman

☐ Çok sık

☐ Bazen

☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

☐ Hiçbir zaman

☐ Bazen

☐ Oldukça sık

☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

☐ Kesinlikle

☐ Gerekli kadar özen göstermiyorum.

☐ Pek o kadar özen göstermeyebilirim.

☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum.

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

☐ Gerçekten de çok fazla

☐ Oldukça fazla

☐ Çok fazla değil

☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

☐ Her zaman olduğu kadar

☐ Her zamankinden biraz daha az

☐ Her zamankinden kesinlikle daha az

☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek



EK 4: Sürekli Öfke Ölçeği

Bu ölçek Spielberger ve grubu tarafından 1980 başlarında geliştirilmiştir. Sürekli öfke durumsal öfkenin genelde ne sıklıkta sürdüğünü göstermektedir. Size yönelik olan cümleleri lütfen işaretleyiniz.

- 1-) ☐ Çabuk parlarım.
- 2-) ☐ Kızgın mizaçlıyım.
- 3-) ☐ Öfkesi burnunda bir insanım.
- 4-) ☐ Başkalarının hataları yaptığım işleri yavaşlatınca kızarım.
- 5-) ☐ Yaptığım iyi bir işten sonra, takdir edilmemek canımı sıkır.
- 6-) ☐ Öfkelenince kontrolümü kaybederim.
- 7-) ☐ Öfkelenince ağzıma geleni söylerim.
- 8-) ☐ Başkalarının yanında eleştirilmek beni çileden çıkarır
- 9-) ☐ Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.
- 10-) ☐ Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim

EK 5: Beck Umutsuzluk Ölçeği

Aşağıdaki test 1974 tarihinde geliştirilmiş olup, 1991 yılında Seber tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Geleceğe yönelik olumsuz beklenti ve da düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları evet ya da hayır olarak kodlayınız.

- ___1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.
- ___2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.
- ___3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.
- ___4- Gelecek on yıl içinde hayatimin nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.
- ___5- Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.
- ___6- Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.
- ___7- Geleceğimi karanlık görüyorum.
- ___8- Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.
- ___9- İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok.
- ___10-Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.
- ___11-Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.
- ___12-Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.
- ___13-Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.
- ___14-İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.
- ___15-Geleceğe büyük inancım var.
- ___16-Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.
- ___17-Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.
- ___18-Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.
- ___19-Kotu günlerden çok , iyi günler bekliyorum.
- ___20-İstediğim her şeyi elde etmek için caba göstermenin gerçekten yararı yok,nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.

EK 6: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği

	Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Sayın Katılımcı; Aşağıdaki ölçek kronik hastalıklarda (kalp, akciğer, böbrek vb.), hastaların, hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıda kronik hastalığınız boyunca yaşamış olabileceğiniz tutum, inanç ve davranışlarınızı içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu ne kadar yaşadığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerdeki uygun bölüme X işareti koyarak belirleyiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Hastalığım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum.					
2	Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere					
3	Benimle aynı hastalığı olan kişilerle iletişim halindeyim.					
4	Vücudumda ortaya çıkan değişiklikleri (şişlik, kilo artışı vb.)					
5	Hastalığımın dolayısı ile aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
6	Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.					
7	Hasta olsam da sosyal aktivitelere katılıyorum.					
8	Tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum.					
9	Hastalığım cinsel yaşamımı etkilemiyor.					
10	Hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı					
11	Hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını					
12	Hastalığım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor					
13	Hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum.					
14	Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri					
15	Hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum.					
16	Hastalığım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum.					
17	Hastalığımın dolayısı ile arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
18	Düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidiyorum.					
19	Hastalığım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum.					
20	Hasta olmak beni endişelendiriyor.					
21	Sağlık çalışanlarına güveniyorum.					
22	Hastalığım ile ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
23	Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
24	Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk					
25	Hastalığımın dolayısı ile çalışma hayatım olumsuz etkilendi.					

EK 7: Etik Kurul Onayı

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TOPLANTI TUTANAĞI

GÜNDEM: Dr. Öğr. Üyesi Didem AYHAN 'ın 2022-1 numaralı başvurusunun değerlendirilmesi

KARAR: Etik Kurulumuzca 07.01.2022 tarihinde saat 14.00'te yapılan 2022-1 sayılı toplantısında Dr. Öğr. Üyesi Didem AYHAN' ın değerlendirilen ve etik açıdan uygun bulunan " **Yatan Hastaların Psikososyal Bakım Gereksinimlerinin Kronik Hastalığa Uyumlarına Etkisi** " konulu çalışması ile ilgili talebi uygun bulunmuştur.

Toplam 1 sayfadan oluşan bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'nun 5. maddesi uyarınca güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

e-imzalıdır

Komisyon Başkanı

	D
D	
D	I



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'nun 5. maddesi uyarınca güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 8: Kurum İzni

T.C. [REDACTED] REKTÖRLÜĞÜ Hastaneler Başhekimliği Klinik Araştırmalar Birimi	
Sayı : E-32557014-604.01.02-714735	09.11.2022
Konu : Hemşire Fatma DENİZ'in çalışması hk.	
Sayın Fatma DENİZ	
İlgi : 04.11.2022 tarihli başvurunuz.	
İlgide kayıtlı yazınızda belirtilen Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Dr. Didem AYHAN'ın sorumluluğunda yüksek lisans öğrencisi Fatma DENİZ tarafından yürütülecek olan "Yatan Hastaların Psikososyal Bakım Gereksinimlerinin Kronik Hastalığa Uyumlarına Etkisi" başlıklı tez çalışması kapsamında [REDACTED] [REDACTED] Hastanesi'nde yatarak tedavi gören ve kronik hastalığı olan onam formu alınmış bireylere anket yapılması, Hastanelerimizin adının körlenerek kullanılması (bir üniversite hastanesi şeklinde) ve "Kişisel Sağlık verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması" hakkındaki yönetmelikte (24.11.2017 tarih, 30250 sayılı resmi gazete) belirtilen esaslara uyulmak kaydıyla uygundur.	
Gereğini bilgilerinize saygılarımla rica ederim.	
[REDACTED] Hastaneler Başhekimisi	
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.	
ebys	

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER
Adı Soyadı: Fatma DENİZ
Medeni hali: Bekar
Uyruğu: Türk Vatandaşı
EĞİTİM
Lise: Balıkesir Bandırma Ayyıldız Anadolu Lisesi
Lisans: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Yüksek lisans: Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans
YABANCI DİL BİLGİSİ
İngilizce: Orta Seviye[Yökdil Puanı: 72,25]
MESLEKİ DENEYİM
Ankara Memorial Hastanesi Genel Yoğun Bakım Ankara Üniversitesi Göğüs Cerrahi Yoğun Bakım Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi KBB Servisi Ankara Üniversitesi Çocuk Acil Ankara Üniversitesi Genel Dahiliye Servisi
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR
Türk Hemşireler Derneği KLP Hemşireliği Komisyonu
YAYINLARI