

Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Etkililik Düzeyleri ile Aldıkları Bakım Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Emre Erçen

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik
Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Haziran 2021
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdürü

Bu tezin Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Sevinç Taştan
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Doç. Dr. Gülten Sucu Dağ

2. Yrd. Doç. Dr. Nurhan Özpancar

3. Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin

ÖZ

Bu çalışmada, acil servise başvuran farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeyleri ile aldıkları bakım değerlendirmeleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın evrenini KKTC Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Acil Servisine 2020 Ocak-Mart aylarında gelen, kronik hastalığı olan bireyler oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş, araştırma 270 hasta ile tamamlanmıştır. Veriler “Hasta Tanıtım Formu”, “Kronik Hastalıklarda Öz-etkililik Ölçeği” ve “Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney-U, Kruskal-Wallis H Testleri ve Sperman Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p<,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin, %68’inin sarı triyaja ayrıldığı, yaş ortalamasının $65,60 \pm 16,06$, %50,7’sinin erkek, % 75,9’unun evli, % 48,5’inin ilkokuldan mezunu, % 51,5’inin geliri giderine denk olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların kronik hastalık ortalama süresinin $13,47 \pm 9,93$ yıl, %59,6’sının hipertansiyonu olduğu, %42,2’sinin hastalığı ile ilgili eğitim aldığı, %68,1’inin hastalığına yönelik egzersiz yapmadığı, %48,5’inin beslenmesine uyduğu, bireylerin son altı ayda hastaneye gitme sıklığı ortalamasının $3,74 \pm 2,26$ olduğu ve %50,4’ünün sağlığını orta düzeyde algıladıkları belirlenmiştir.

Kronik hastalığı olan bireylerin; kronik hastalıklarda öz-etkililik ölçeği genel puanlarının orta düzeyde ($164,5 \pm 55,4$) olduğu, en düşük puanı öz-yönetim davranışları kavramından aldıkları (5,1) belirlenmiştir. Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği genel puanlarının orta düzeyde ($62,0 \pm 14,33$) olduğu, ölçeğin sadece hasta katılımı (11,3) alt boyutundan ortalamanın biraz üzerinde puan alındığı tespit

edilmiştir. Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği ile kronik hastalıklarda öz-etkililik ölçeği genel ve alt boyutları puanları arasında, pozitif doğrusal istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=000$). Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği puanları yükseldikçe, öz-etkililik ölçeği puanları da yükselmektedir. Bireylerin yaş, eğitim düzeyi, gelir algısı, çalışma durumu, birlikte yaşanan kişi, kronik hastalık süresi, hastalığı ile ilgili bilgi durumu, acil servise başvuru, hastaneye yatma sayısı ve sağlık algısı gibi tanımlayıcı özellikleri, her iki ölçeğin puanlarının sıralama ortalamaları arasında, istatistiksel anlamlı fark yarattığı belirlenmiştir ($p<,05$).

Araştırmaya katılan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin ve aldıkları bakım memnuniyetlerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. İki ölçek arasında, pozitif doğrusal bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin ve aldıkları bakım memnuniyetlerinin belirlenmesi için daha geniş çaplı araştırmalar yapılması, bireylerin tanımlayıcı özellikleri dikkate alınarak öz-etkililik düzeylerini artıracak eğitim, izlem ve bakımlarında farklı yaklaşımlara öncelik verilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Memnuniyet, Bakım, Hemşire, Kronik Hastalıklarda Bakım, Öz-etkililik

ABSTRACT

In this study, it was aimed to determine the relationship between the self-efficacy levels of individuals with different chronic diseases who applied to the emergency department and the care evaluations they received. The universe of the study is KKTC Dr. It consisted of individuals with chronic diseases who came to Burhan Nalbantoğlu State Hospital Emergency Service in January-March 2020. No sample selection was made, and the study was completed with 270 patients. Data were collected using the "Patient Information Form", "Self-efficacy Scale in Chronic Diseases" and "Patient Assessment of Care for Chronic Conditions". Descriptive statistics, Mann Whitney-U, Kruskal-Wallis H Tests and Sperman Correlation Coefficient were used in the statistical evaluation of the data. Statistical significance was accepted as $p<.05$.

Of the individuals participating in the research, 68% were assigned to yellow triage, mean age was 65.60 ± 16.06 , 50.7% were male, 75.9% were married, 48.5% were primary school graduates, 51% were It has been determined that 5 of them are equal to their income and expenses. The mean duration of chronic disease of the participants was 13.47 ± 9.93 years, 59.6% had hypertension, 42.2% received training about their disease, 68.1% did not exercise for their disease, 48.5% It was determined that the average of the frequency of going to the hospital in the last six months was 3.74 ± 2.26 , and 50.4% of them perceived their health at a moderate level.

Individuals with chronic disease; It was determined that the general scores of the self-efficacy scale in chronic diseases were at a moderate level (164.5 ± 55.4), and they got the lowest score from the concept of self-management behaviors (5.1). It was determined that the general scores of the patient assessment of care for chronic

conditions were at a moderate level (62.0 ± 14.33), and the scores were slightly above the average only in the patient participation (11.3) sub-dimension of the scale. A positive linear statistically significant correlation was found between the patient assessment of care for chronic conditions and the general and sub-dimension scores of the self-efficacy scale in chronic diseases ($p=0.00$). As the patient assessment of care for chronic conditions scores increase, the self-efficacy scale scores also increase. The descriptive characteristics of individuals such as age, education level, income perception, employment status, cohabitants, duration of chronic illness, information about the disease, admission to the emergency department, number of hospitalizations, and health perception were found to be statistically significant between the averages of the scores of both scales. it was determined that it made a difference ($p<.05$).

It was determined that the self-efficacy levels of the individuals participating in the research and their satisfaction with the care they received were moderate. It was found that there was a positive linear relationship between the two scales. It is recommended to carry out larger studies to determine the self-efficacy levels of individuals with chronic diseases and their satisfaction with the care they receive, and to prioritize different approaches in education, follow-up and care that will increase the self-efficacy levels of individuals, taking into account the descriptive characteristics of individuals.

Keywords: Satisfaction, Care, Nurse, Patient Assessment of Care for Chronic Conditions, Self-efficacy.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde yardım ve desteklerini esirgemeyen tez danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin'e, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Başkanı Prof. Dr. Sevinç Taştan'a,

Yüksek lisans derslerim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren hocalarım Doç. Dr. Gülten Sucu Dağ'a, Prof. Dr. Refia Selma Görgülü'ye ve tüm Hemşirelik Bölümü hocalarıma, değerli jüri üyeleri Doç. Dr. Gülten Sucu Dağ'a, Yrd. Doç. Dr. Nurhan Özpancar'a, ve tez çalışmamın her aşamasında bana destek olan Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Acil Servis ekibine,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi, bu aşamada da benden sevgi ve desteğini esirgemeyen çok sevgili annem Zübeyde Erçen'e ablam Elif Erçen'e ve tüm aileme, her zaman her anlamda yanımda ve hayatımda var olan dostum arkadaşım diyebildiğim Asiye Hazırlar'a tüm kalbimle sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vii
KISALTMALAR	xi
TABLO LİSTESİ	xii
ŞEKİL LİSTESİ	xiv
1 GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı	7
1.2 Araştırma Soruları	7
2 GENEL BİLGİLER	8
2.1 Kronik Hastalık Tanımı, Epidemiyolojisi	8
2.2 Kronik Hastalıkların Risk Faktörleri	10
2.3 Öz-Etkililik	12
2.3.1 Öz-Etkililik Algısı	13
2.3.2 Öz-Etkililiği Olumlu Etkileyen Faktörler	15
2.3.3 Öz-Etkililiği Olumsuz Etkileyen Faktörler	17
2.4 Kronik Hastalıklar ve Öz-Etkililik	18
2.4.1 Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililiğin Önemi ve Bakıma Yansıması	19
2.5 Bütüncül Hemşirelik Bakım Yaklaşımı Nedir? Kronik Hastalıklardaki Önemi Nedir?	20
2.5.1 Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Öz-Etkililiğin Artırılmasında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	24
2.6 Kronik Hasta Bakım Modeli	26

2.6.1 Kronik Bakım Modeli'nin Bileşenleri	29
2.6.2 Kronik Bakım Modeli'nin Bileşenlerine İlişkin Kanıtlar	31
2.6.3 Kronik Hastalıkların Bakım Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı	32
2.7 Acil Servis ve Triaj.....	34
2.8 Bakım Memnuniyeti.....	40
3 GEREÇ VE YÖNTEM	43
3.1 Araştırmanın Tipi	43
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer	43
3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	44
3.4 Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	44
3.5 Araştırmanın Değişkenleri	44
3.6 Veri Toplama Araçları.....	45
3.6.1 Hasta Tanıtım Formu	45
3.6.2 Kronik Hastalıklarda Öz-etkililik Ölçeği Formu (KHÖ-EÖ).....	45
3.6.3 Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (KHBDÖ)	46
3.7 Veri Toplama Süreci	47
3.8 Verilerin İstatistiksel Analizi.....	48
3.9 Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları	48
3.10 Araştırmanın Etik Boyutu	49
3.11 Araştırma Takvimi	50
4 BULGULAR	51
5 TARTIŞMA	98
5.1 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin KHÖ-EÖ'ne Ait Bulguların Tartışılması ..	98
5.1 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin KHBDÖ'ne Ait Bulguların Tartışılması..	107

5.3 KHÖ-EÖ ve KHBDO Genel ve Alt Boyut Puanları Korelasyonu.....	113
6 SONUÇ VE ÖNERİLER	115
6.1 Sonuçlar.....	115
6.2 Öneriler.....	118
EKLER.....	151
Ek 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	152
Ek 2: Tanıtıcı Bilgi Formu	154
Ek 3: Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu	157
Ek 4: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Türkçe PACIC)	160
Ek 5: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni.....	162
Ek 6: Kurum İzni.....	163
Ek 7: Acil Servis Klinik İzin Yazısı	164
Ek 8: Öz-Etkililik Ölçeği İzin Yazısı	166
Ek 9: Kronik Hastalıklarda Bakım Değerlendirme Ölçeği İzin Yazısı	167

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANA	American Nurses Association
BKI	Beden Kitle İndeksi
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICN	International Council of Nurses
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
KKY	Kronik Kalp Yetmezliği
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
KHÖ-EÖ	Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik
KHBDÖ	Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirme Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: T.C. Sağlık Bakanlığı Renk Tanımlı Triyaj Uygulaması (150)	38
Tablo 2: Acil Servise Başvuran ve Kronik Hastalığı Olan KH-ÖEÖ Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Kronik Hastalıklar Öz bakım Ölçeği Ortalama Puanları:(<i>n</i> :270)	51
Tablo 3: Acil Servise Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerin KHÖ-EÖ Tanımlayıcı Özellikleri ve Öz Bakım Ortalama Puanları (<i>n</i> :270).....	53
Tablo 4: Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği ile Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarına Ait İç Tutarlılık Katsayısı Sonuçları (<i>n</i> :270).....	55
Tablo 5: Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği ile Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarına Ait Normallik Testi Sonuçları (<i>n</i> :270)	56
Tablo 6: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik ile Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçekleri Puanlarına Ait Korelasyon Sonuçları (<i>n</i> :270).....	57
Tablo 7: Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği (KHÖ-EÖ) Genel ve Alt Boyutlarına Ait Betimsel İstatistik Sonuçları (<i>n</i> :270)	60
Tablo 8: Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Sorularına Ait Betimsel İstatistik Sonuçları (<i>n</i> :270)	62
Tablo 9: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçekleri (KHBDÖ) Genel ve Alt Boyutlarına Ait Betimsel İstatistik Sonuçları (<i>n</i> :270)	64
Tablo 10: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeğine (KHBDÖ) Ait Betimsel İstatistik Sonuçları (<i>n</i> :270).....	65

Tablo 11: Acil Servise Başvuran ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalıkları İle Sağlık Durumlarını Algılama Düzeyleri Arasındaki Çapraz Karşılaştırma Sonuçları (n:270)	66
Tablo 12: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Puanları.....	68
Tablo 12.a: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Puanları.....	71
Tablo 12.b: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Puanları.....	76
Tablo 12.c: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Puanları.....	79
Tablo 12.d: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Puanları.....	85
Tablo 13: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Puanları	88
Tablo 13.a:Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Puanları.....	91
Tablo 13.b: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Puanları.....	94

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Sağlığın Yükseltilmesi İçin Popülasyon Temelli Genişletilmiş Kronik Bakım Modeli (109, 110).	27
Şekil 2: Yenilikçi Kronik Bakım Modeli (109, 110)	28
Şekil 3: Araştırma Takvimi Akış Şeması.....	50

Bölüm 1

GİRİŞ

Kronik hastalık; yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, normal fizyolojik fonksiyonlarda geriye dönüşsüz bir şekilde, ilerleyici olarak vücutta hasarlara neden olan, tıbbi tedavi ve bakımda süreklilik gerektiren, bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (1). En çok görülen kronik hastalıklar arasında kalp damar hastalıkları, kronik solunum sistemi hastalıkları, kanser, obezite ve diabetes mellitus gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar başlıca kronik hastalıklar olarak ifade edilmektedir. Kronik hastalıklar bireylerin yaşamında bir takım kısıtlamalara ve sakatlıklara neden olmakta, bunun sonucu olarak da kişilerin sosyal yaşantıları, sağlığı algılamaları bozulmakta ve bağımsızlıkları azalmaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ, 2018) raporunda bulaşıcı olmayan hastalıkların dünyada oluşan ölümlerin %70'ini oluşturduğu belirtilmektedir. Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin 17,5 milyonu (% 46,2) kardiyovasküler hastalıklar, 8,2 milyonu (% 21,7) kanserler, 4 milyonu (% 10,7) kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astımın dahil olduğu solunum yolu hastalıkları ve 1,5 milyonu (% 4) diabetes mellitus gibi hastalıklar nedeni ile gerçekleştiği ifade edilmiştir (3). DSÖ verilerine göre (2017), Türkiye'de erişkin yaş ölümlerinin %89'u bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmakta ve her beş kişiden birinin bu hastalıklar nedeniyle erken yaşta öldüğü belirtilmektedir. Türkiye'de 2017 yılındaki ölümlerin %34'ü kardiyovasküler, %23'ü kanserler, %7'si kronik akciğer hastalıklarından, %5'i ise diabetes mellitus gibi kronik hastalıklardan kaynaklandığı belirtilmektedir. Toplama

baktığımızda tüm ölümlerin %86'sı bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar nedeni ile gerçekleşmiştir (4). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyet'inde (KKTC) ise kronik hastalıklar ile ilgili kesin bir istatistik olmamakla birlikte, Sağlık Bakanlığının verilerine göre; kronik hastalıkların sayısında artış olduğu, ilk sırada kalp damar hastalıkları ve sırasıyla kanser, hipertansiyon, diabetes mellitus ve böbrek yetmezliğinin yer aldığı belirtilmektedir (5).

Kardiovasküler hastalıklar, kanser, diabetes mellitus, (KOA) ve astım gibi hastalıkların ortak özelliği kişinin yaşamını sosyal, psikolojik ve ekonomik yönden etkilemesi, aile öyküsü ve genetik özellik gibi değiştirilemez etkenlerin dışında çoğunun altında yatan nedenin önlenabilir risk faktörlerine bağlı olduğu belirtilmektedir. En önemli risk faktörleri arasında tütün kullanımı, zararlı alkol tüketimi, sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği olduğu ifade edilmektedir (6). Kronik hastalık yönetim kavramının amacı; bir ya da daha fazla kronik hastalığa sahip hastaların aldığı bakımın kalitesinin artırılması ve hastaların yaşam kalitesinin geliştirilmesidir. Kronik hastalık yönetimi koordine edilmiş, kapsamlı ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Hastalara kanıta dayalı kılavuzlar doğrultusunda bilgi verilerek, sağlık hizmetlerine ulaşmalarının kolaylaştırılması ve bu sayede tedaviye uyumlarının artırılması önemlidir (7). Ayrıca kronik hastalıklarda, hastaya özelleştirilmiş ihtiyaçlarına yönelik farklı eğitimlerle hastaların öz-yönetim becerisi kazanmasının desteklenmesi gerektiği ifade edilmektedir (8).

Kronik hastalıklar, bireylerde ortaya çıkardığı semptomlar nedeniyle kişinin hastalığı ile başetme gücünü azaltmakta, kimi zaman da hastalığın daha kolay ilerlemesine neden olabilmektedir. Bu durumdaki bir birey, kendini daha zayıf hissedebilmekte ve öz-etkililik algısının giderek düştüğü bildirilmektedir (9). Öz-etkililik hasta bireylerin yaşamında karşılaştığı olumsuz durumlara karşı, ihtiyacı olan

davranışları başlatabileceğine ve bu davranışlardan sonuç alabileceğine inanması olarak betimlenmektedir (10, 11). Yüksek öz-etkililik duygusu, bireyin kendine olan inancını, kişisel iyilik halini ve bir çok alanda gelişebilmesi için zemin hazırladığı ifade edilmektedir. Yüksek öz-etkililik inancına sahip bireyler zor durumlar karşısında, çözüm seçeneklerini arttırarak sorunlarını çözmeye yönelmekte, sağlık problemlerini en aza indirmek için mücadele etmekte ve bu bireylerin verilen görevleri başarıyla yerine getirmeye daha yatkın oldukları bildirilmektedir (12, 13, 14). Başarısız öz-etkililik duygusuna sahip olan bireylerin ise kişisel olarak karşılaştıkları problemlere karşı çözüm aramaktan kaçındıkları belirtilmektedir (15, 16).

Bandura'ya göre öz-etkililik insan yeteneklerinin merkezindedir. Öz-etkililik, bireylere kendi kendini motive etme, kendini yansıtma, kendini yönetme, eylemlerini, hislerini ve fikirlerini kontrol etme gücü vermektedir (17, 18). Bireye “ben yapabilirim” inancını, içinde bulunduğu şartları kontrol altına alma hissini açığa çıkarmasına yardımcı olur ve bireyin sonuca ulaşabileceğine inandırarak daha mücadeleci davranmasına olanak sağlar (19). Düşük öz-etkililik duygusuna sahip olan bireylerde sadece hastalığa uyum bozulmaz, depresyon, anksiyete ve çaresizlik gibi olumsuzluklar baskın hale gelerek, başaramayacakları hissini oluşmasına zemin hazırlamaktadır (20).

Kronik hastalıklarda öz-etkililik düzeyi ile ilişkili durumların araştırıldığı birçok çalışma göze çarpmaktadır. Bunlara bakıldığında; Kulakçı ve arkadaşları (2012)'nin huzurevinde yaşayan yaşlıların öz-yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği araştırmada, yaşlıların eğitim durumlarının yanı sıra kronik hastalık sayısı, hastalık/hastalıkları hakkında bilgi alma, yeterli bilgisi olma durumlarının, sağlık algısını ve öz-yeterlilik düzeylerini önemli derecede etkilediği bildirilmiştir (21). Özkaptan ve Kapucu'nun (2015) KOAH'lı bireylerde öz-

etkililiğin geliştirilmesinde evde bakımın önemini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; evde bakımın semptom yönetimini sağladığı ve öz-etkililik düzeylerini artırdığını ortaya koymuşlardır (22). Ağdemir ve Karakurt'un (2017) KOAH'lı bireylerde öz-etkililik ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmada, hastaların öz-etkililik puan ortalamasının düşük, depresyon puan ortalamasının ise orta düzeyin altında olduğu ve öz-etkililik puanı arttıkça depresyon düzeylerinin düştüğü belirlenmiştir (23)

Kronik hastalık yönetimini sağlamak için ilk geliştirilen modelin, kronik bakım modeli olduğu belirtilmektedir. 'Kronik Bakım Modeli' Wagner tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir. Kronik bakım modeli; toplumsal kaynaklar, klinik bilgi sistemleri, kendi kendini yönetme eğitimi, hizmet sunum sisteminin yeniden tasarımı ve karar destek sistemleri ile sağlık bakımının organizasyonunu içermektedir (24). Kronik bakım modeli kanıta dayalı, verimli ve etkili tedavi girişimlerinin uygulanması için, bakım hakkında bilgilendirilmiş aktif hasta ve sağlık profesyonelleri arasında sürekli etkileşimi sağladığı belirtilmektedir. Diğer bir ifade ile kronik bakım modeli hasta ve hemşire arasında etkili iletişimin kurulmasını sağlayan önemli bir köprü olduğu ifade edilmektedir. Kronik bakım modeli, kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarının ilerlemesini ve ortaya çıkabilecek komplikasyonların ortaya çıkmasını engellemek amacıyla yapılan girişimlerin aktif bir şekilde uygulanmasını sağlamaktadır. Kronik bakım modelinde hemşireler, hastalara mevcut olan kaynakları kullanmalarını, problem karşısında çözüm üretmeyi ve hastalıkları ile ilgili değerlerinin takibini yapmaları için eğitim ve destek verilmesi gerektiğini savunmaktadır. Kronik hastalığı olan bireyler ile hemşirelerin sürekli iletişim halinde olmaları onların, kendi bakımlarına daha etkili ve bilinçli bir şekilde katılmalarını ve hemşirelerle birlikte etkili bakım planı oluşturulmasını sağlamaktadır. Kronik

hastalıklarda kronik hastalık bakım modelinin diabetes mellitus, depresyon, astım, konjesftif kalp yetmezliği gibi kronik hastalıkların ilerlemesini ve komplikasyonlarının önlenmesinde hastaların öz-etkililik düzeylerini artırarak başarılı sonuçlar elde edildiği belirtilmektedir (25).

Öz-etkililiği güçlendirmenin bir diğer yolu ise sosyal rol modellerin bireye kattığı deneyimler olduğu belirtilmektedir (11). Hemşirelerin kronik hastalığı olan bireylerde kronik bakım modelini kullanmaları ve hastaların öz-etkililiklerini yükseltmede öncelikli rol almaları gerekmektedir. Öz-etkililik algısının geliştirilmesi bireyin davranışlarını, motivasyonunu, düşünme biçimini ve iyilik durumunu olumlu yönde etkilemektedir (26). Güçlü bir öz-etkililik inancı oluşturmaının en etkili yolu günlük yaşam aktivitelerinde başarı ile sonuçlanan deneyim olduğu belirtilmektedir. Bu başarılı deneyimler bireyde kişisel öz-etkililiğine karşı güçlü bir inanç oluşturarak, diğer sağlık ile ilgili davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir (26).

Acil servis, kronik hastalıkların meydana getirdiği olumsuz sağlık problemlerinin ya da yaralanmaların tanı ve tedavilerinin gerçekleştirilmesi için tıbbi uzmanlık gerektiren bir alandır (27). Acil servis kliniklerinde öncelikle triyaj sınıflamasının doğru bir şekilde kullanılması öncelikli olan hastaların düzenli takip ve tedavilerinin yapılması diğer sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, etkin kullanılabilir hale getirilmesi hastaların doğru bir şekilde tedavi edilmesi için önem arz etmektedir. Ayrıca bölgedeki hasta özelliklerinin iyi bilinmesi, hastaların eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi, acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin de kronik hastalıklarla ilgili deneyimli kişilerden oluşturulması gerektiği belirtilmektedir (28).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde; kronik hastalıkları olan hastaların düzenli izlemi, yaşam tarzı değişikliklerine uyum gibi koruyucu önlemlerin alınması,

düzenli kan basıncı ve kan şekeri ölçümü gibi sağlık kontrollerinin yapılması ile hastaların hastalıklarını daha iyi yöneterek acil servislere, polikliniklere sık ve gereksiz yere başvurularının önüne geçilmesinde etkili olacaktır (29).

Bakım memnuniyeti hemşire ve hasta arasında iletişimin temelini oluşturan önemli bir faktördür. Bu nedenle kronik hastalığı olan bireylerin almış oldukları bakım ve bakımdan memnuniyet düzeyleri tedavi açısından da önem arz etmektedir. Hemşirelerin, diğer sağlık profesyonellerine göre daha fazla hasta ile birlikte olması, bakım memnuniyetinin arttırılmasında önemli bir etkiye sahiptir. Hastaların bakım memnuniyeti, bakım vericide sabır ve empati duygusunun olması, hastanın temel ihtiyaçlarını karşılanması ile ilgilidir (30).

Hemşireler, kronik hastalık yönetimini bilen ve hastaya en doğru bütüncül yaklaşımı kullanan sağlık ekibinin en önemli üyeleridir (31). Bu nedenle hemşireler, hastanın ihtiyaçlarını belirleyerek kılavuzlar doğrultusunda hastaya hastalık yönetimini öğretmeli ve hastalığı konusunda bilgilendirmelidir. Böylece hemşire, hastanın hastalığına ve tedaviye uyumunu sağlayarak, hastalığı ile daha iyi başedebilmesi konusunda güçlendirerek, öz-etkililik algısının da olumlu şekilde gelişmesini sağlayabilir (32).

Literatürde kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmış çalışmalara ulaşılmasına rağmen (33, 34, 35), hastaların öz-etkililik düzeylerinin, aldıkları bakımı değerlendirmelerine ilişkin yapılmış bir çalışmaya ulaşılammıştır. Bu çalışma acil servise en çok ve sık başvuran kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin belirlenmesi yanında, aldıkları bakımı nasıl değerlendirdiklerini ortaya koyacaktır. Bu nedenle çalışma sonuçlarının, kronik hastalığı olan bireylere verilecek bakımın planlanması ve uygulanması aşamasında alana veri katkısı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, acil servise başvuran farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeyleri ile aldıkları bakımı değerlendirmeleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.2 Araştırma Soruları

1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri “Kronik Hastalıklarda Öz Etkililik” ve “Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirme Ölçeği” puanlarını etkiler mi?
2. Kronik hastalığı olan bireylerin “Kronik Hastalıklarda Öz Etkililik” düzeyleri (ölçek puanları) nedir?
3. Kronik hastalığı olan bireylerin “Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirme Ölçeği” puanları nedir?
4. Hastaların “Kronik Hastalıklarda Öz Etkililik” puanları ile “Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirme Ölçeği” puanları arasında ilişki var mıdır?

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Kronik Hastalık Tanımı, Epidemiyolojisi

Dünya nüfusunun giderek yaşlanması, tıp ile ilgili bilimlerin ve teknolojinin hızlı bir şekilde gelişmesinden dolayı kronik hastalıkların görülme oranında da giderek artış görülmektedir (36). DSÖ'nün tanımına göre kronik hastalıklar, bireyin yaşamı boyunca devam eden ve sürekli yönetim gerektiren sağlık problemleri olarak ifade edilmiştir (37). Diğer bir tanımda kronik hastalıklar en az 6 ay devam eden, tekrarlayabilen ya da kötü prognoza sahip, bireyin yaşam kalitesini etkileyebilecek sonuçlar veya vücuttaki organların işleyiş bozuklukları ile ortaya çıkarabilen hastalık veya hastalık grupları oldukları bildirilmiştir (38).

Kronik hastalıkların sınıflandırılmasında bulaşıcı hastalıklar (HIV, AIDS, vb) ya da bulaşıcı olmayan hastalıklar (kardiovasküler hastalıklar, kanser, diabetes mellitus, kronik obstruktif akciğer hastalıkları, astım), gibi uzun süre devam eden hastalıklar bulunmaktadır (39). Bu hastalıkların ortak özellikleri bireyin yaşamını psikososyal ve ekonomik yönden etkilemesi, aile öyküsü ve genetik özellik gibi değiştirilemez etkenlerin dışında çoğunun altta yatan nedenlerin önlenabilir risk faktörlerine bağlı olduğu ifade edilmektedir (40).

Dünya genelinde bulaşıcı olmayan hastalıklar yüksek oranlı malûliyet ve ölümlere neden olmasından dolayı, önemli sağlık problemleri olma özelliğini korumaktadır. Tüm dünyada meydana gelen ölümlerin % 71'i, (toplam 57 milyon ölümden 41 milyon) kronik hastalıklar nedeniyle meydana geldiği ifade edilmektedir.

Kronik hastalıklardan dolayı oluşan erken ölümler, 21. Yüzyılın en önemli sağlık sorunudur. Bu hastalıkların her yıl 30-70 yaşlar arasında 15 milyon bireyin beklenenden önce ölümüne neden olacağı düşünülmektedir (41). Kronik hastalıklara bağlı oluşan ölümlerin başlıca nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar gelmekte ve dünya genelinde 2018 yılında kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlı 17.9 milyon ölüm vakası olduğu ve bu hastalık grubu tüm kronik hastalıklardan kaynaklı ölümlerinin % 44'ünü ve tüm küresel ölümlerin % 31'ini oluşturmaktadır. İkinci sırada kanser türleri yer almaktadır. Yine 2018 yılında kanser türleri nedeni ile 9 milyon kişi hayatını kaybederken ardından, kronik solunum yolu hastalıklarının yer aldığı ve solunum hastalıklarından kaynaklı 3.8 milyon ölüme sebep olduğu, dördüncü sırada ise diabetes mellitus'un geldiği ve bu hastalığa bağlı ölüm oranının 1.6 milyon olduğu bildirilmiştir (41).

Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi (CDC)'nin verdiği istatistiklere göre Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) oluşan tüm ölümlerin üçte ikisine kronik hastalıkların neden olduğu ifade edilmektedir (42). Bu kronik hastalıkların başında kalp damar hastalıkları, kanser türleri, solunum yolu hastalıklarının geldiği ve her yıl meydana gelen ölümlerin yarısının kalp hastalıkları ve kanser türlerinden kaynaklandığı belirtilmektedir (43).

Lee ve arkadaşlarının (2015) bulaşıcı olmayan hastalık multimorbiditesinin, orta gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu incelemek amacıyla altı ülkede 39.213 katılımcı ile yaptıkları kesitsel çalışmada (Çin'de 13.191; Gana'da 4.873; Hindistan'da 11.043; Meksika'da 2.595; Rusya'da 4.268; Güney Afrika'da 3.243) kronik hastalık prevalansının tüm ülkelerde yaşla birlikte önemli ölçüde arttığı belirlenmiştir (44).

DSÖ'nün 2018 yılında ülkelerde kronik hastalıklara bağlı ölümleri incelediği raporuna göre, Türkiye'de meydana gelen tüm ölümlerin % 89'unun kronik hastalıklara bağlı olduğu, %34'ünün kalp ve damar hastalıkları, %23'ünün kanser, %7'sinin solunum sistemi hastalıkları, %5'inin diabetes mellitus'tan kaynaklandığı ifade edilmektedir. Yine 2018 yılında DSÖ tarafından yayınlanan kronik hastalıkların gelişim durumunu gösteren raporda Türkiye'de kronik hastalıklardan 392.000 ölüm meydana geldiği ve tüm ölümlerin %88'inden kronik hastalıkların sorumlu olduğu, ayrıca kronik hastalıklar nedeni ile erken ölüm oranının %17 olduğu ifade edilmiştir (41).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyet'inde (KKTC) ise kronik hastalıklardan meydana gelen ölümlerle ilgili kesin bir istatistik olmadığı ve Sağlık Bakanlığının raporuna göre; kronik hastalıkların sayısında artış olduğu, bu hastalıkların en başında hipertansiyon (%73,8), kalp hastalıkları (%52,2), kanser, diabetes mellitus (%33,9) ve böbrek yetmezliğinin (%20,2) yer aldığı ifade edilmektedir (5).

2.2 Kronik Hastalıkların Risk Faktörleri

Dünya genelindeki ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ve sosyal sınıfların yapılarına bakılmaksızın, kronik hastalıkların oranında gün geçtikçe artış yaşandığı görülmektedir. Kronik hastalıklardan dolayı ortaya çıkan ölümlerin %79'unun gelişmekte olan ülkelerde olduğu ifade edilmektedir (45). Tütün tüketimi oranı gelişmekte olan, sosyoekonomik seviyesi düşük ülkelerde yüksek iken, obezite durumu ise gelişmiş ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşam tarzı ve çevresel faktörlere bağlı sağlık problemleri morbitide ve mortalite oranında etkili olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşam tarzı ve çevresel risk faktörlerinin etkisi ile tütün, alkol tüketimi, ilaçların kötü kullanımı, düzensiz fiziksel aktivite, obezite, güvenli olmayan cinsel davranışlar, kardiyovasküler

hastalıklar, kanser türleri, kimyasal maddelere maruz kalma ve yeme bozuklukları gibi bir çok ülkenin önemli sağlık sorunları haline geldikleri ifade edilmiştir (46).

Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları ve tip 2 diabetes mellitus gibi kronik hastalıkların gelişiminde rol oynayan risk faktörleri; davranışsal (aşırı sigara ve alkol tüketimi, dengesiz beslenme, yetersiz fiziksel aktivite) ve biyolojik, (kan basıncının yüksek olması, hiperkolestrolemi, kan glukoz seviyesindeki artış ve obezite) olarak iki grupta ele alınmaktadır. Kronik hastalıklar grubunda çok fazla hastalık olsa da bir çok hastalığın risk faktörlerinin ortak olduğu ifade edilmektedir (47). Nedeni ne olursa olsun kronik hastalıklar yaşam tarzı değişikliği ve uzun süreli sağlık bakım yönetimi ve izlemi gerektirmekte; kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimindeki eksikliklerden dolayı fiziksel engellilikler gelişebilmektedir (48).

Türkiye’de güncel kronik hastalıkların altında yatan risk faktörlerini incelemek amacıyla 2017 yılında yapılan ‘‘Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Prevalansı Hanehalkı Sağlık Araştırması’’nın sonuçlarına göre; Türkiye nüfusunun yarısından fazlasının (%51,2), kronik hastalıklar için üç ya da daha fazla risk faktörüne sahip olduğu ve bu durumun yaşla birlikte artış gösterdiği belirtilmektedir. Türkiye nüfusunun sadece %1,3’ünün, bulaşıcı olmayan hastalıklar için belirlenen 5 risk faktörüne sahip olmadığı gösterilmiştir (49). Bu durum kronik hastalıkların minimum seviyeye indirgenmesi gerektiğini, kronik hastalığa sahip olan bireylerinde hastalıklarını doğru yöntemlerle yönetmeleri önem arz etmektedir. Kronik hastalıklara sahip olan bireylerin hastalıklarını doğru yönetebilmeleride ancak sağlık profesyonellerinin hastalara bütüncül yaklaşımı ile gerçekleşebileceği düşünülmektedir (50).

2.3 Öz-Etkililik

Öz-Etkililik ilk defa Amerikalı psikolog Albert Bandura'nın (1977) “Bilişsel Davranış Değişimi” kuramında incelediği bir kavramdır. Bandura'ya göre öz-etkililik; bireyin amacına ulaşması için üstlendiği görevleri yerine getirmek konusunda kendine olan inancı olarak tanımlamaktadır (11). Başka bir ifade ile kişilerin problemlerle karşı karşıya kalacakları zaman problemleri çözmek amacıyla bireylerin ne kadar başarılı olacağına ait yeteneklerini, yargılarını ve inançlarını içermektedir (51).

Öz-etkililik kavramında davranışları etkileyen iki faktörün olduğu savunulmaktadır. Bu iki faktör; sonuç ve etkililik beklentileridir. Sonuç beklentisi, davranışların belli sonuçlara ulaşacağı, etkililik beklentisi ise sonuca ulaşabilmek için gerçekleştirilen davranışı başarılı şekilde yapabilme inancıdır. Öz-etkililik kavramı belirli durumlarda belirli davranışları gerçekleştirme yeteneğine olan inançla ilgilidir (34).

Örneğin; Hipertansiyon hastalığı olan bireyin koşma aktivitesini yapamaması bireyin bu aktiviteyi gerçekleştirme inancının düşük seviyede olduğunu gösterirken, aktivite sonrası kan basıncının yükseleceğini tahmin etmesi ise sonuç beklentisini göstermektedir. Hastaların öz-etkililik seviyeleri, davranışı yapıp yapmama konusunda seçimlerini büyük oranda etkilemektedir (52).



Bandura'nın oluşturduğu kavramda kişisel öz-etkililiğin gelişmesini aşağıdaki şekilde sıralamıştır;

- Bireyin geçmiş dönemde kazandığı olumlu-olumsuz deneyimleri,
- Birey ile ortak özelliklere sahip bireyleri deneyimleri (dolaylı yaşantılar),

- Çevreden gelen geri bildirimler,
- Bireyin fiziksel algısı ve duygu durumunun etkisinin olduğu vurgulanmaktadır (11).

Öz-etkililik bireyin karşı karşıya kaldığı problemlere yönelik harcadığı enerjiyi, gösterdiği sabrı, güven ve kaygı duygusunu ortaya koymakta ve bireylerin gerçekleştirip, gerçekleştiremeyeceği aktivitelerin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Öz-etkililiği yüksek olan bireyler, karşılaştığı problemleri çözmek için daha fazla enerji harcayıp, hedeflerini yüksek tutarlar. Yüksek öz-etkililik, bireyin iyilik halini ve başarıma gücünü artırmaktadır (53).

Öz-etkililiği düşük seviyede olan bireyler, kendi özellikleri ve yapabileceği faaliyetler konusunda kötümser olup, düşündüklerini hayata geçirmekte zorluk yaşamaktadırlar. Bir sorun ile karşı karşıya kaldıklarında kendilerini yetersiz, çaresiz, mutsuz hissederler ve umutsuzluk yaşarlar. Yaptıkları tüm aktiviteler başarısızlık ile sonuçlandığı için tekrar denemelerden kaçınırlar ve çabalarının sonucu değiştirmeyeceğine inanırlar. Öz-etkililik eksikliği yaşayan bu bireylerde depresyon, anksiyete ve çaresizlik gibi durumlar daha fazla görülmektedir (54).

Öz-etkililik insan sağlığına olumlu bir şekilde yarar sağlayan etkili bilişsel bir süreçtir. Öz-etkililik kronik hastalıkları daha iyi yönetmek için olumlu davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önem arz etmektedir. Özellikle diabetes mellitus, KOAH ve astım gibi kronik hastalıklarda sağlığı geliştirme davranışlarının oluşturulmasında sıklıkla kullanıldığı belirtilmektedir (55, 56).

2.3.1 Öz-Etkililik Algısı

Öz-etkililik algısı sağlıklı bireylerde olumlu sağlık davranışlarının oluşması, kronik hastalığı olan hastalarda ise sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinde önem arz ettiği belirtilmektedir (57). Öz etkililik algısı kullanımı,

Amerikalı psikolog Albert Bandura tarafından literatüre kazandırılmıştır; bireyin genelden ziyade, özel durumlarıyla ilgili olduğunu savunmuştur. Öz-etkililik kavramı, Bandura'ya göre “sosyal bilişsel” kavramının temel taşıdır. Bu kavram, öz-etkililik beklentisi, sonuç beklentisi ve dürtü gibi kavramları birlikte kullanarak, davranışlara nasıl etki edeceğini bilen ve açıklayan nitelikte olduğunu belirtmektedir. Kavrama göre, kişi bir takım görevleri yerine getirmek için kendi görevlerini yönetebilme ve hedefe ulaşma konusunda kendine inanmalıdır. Öz etkililik algısı kişide etkili olması nedeni ile kişinin yapması gereken işleri planlamaktan vazgeçmek yerine, zorluk derecesi ne kadar üst seviyede olsa da kişi bu zorluklar ile baş edebilecek güçte olması gerektiğini ve sonuç olarak hedefe ulaşması için motivasyon sağlayan bir kaynaktır (58). Pender'e göre ise öz-etkililik algısı, sağlıklı yaşam davranışlarını etkileyen önemli zihinsel faktörlerdir (59).

Öz-etkililik algısı dört temel bileşenden etkilenmektedir. Bu bileşenler;

Geçmiş Deneyimler; kişinin yaptığı olumlu ve olumsuz davranışlardan deneyimlediği bilgiler,

Sözel İkna; kişinin başarabileceğine veya başaramayacağına dair aldığı öneriler ve teşvik,

Model Alma; kişinin farklı kişiler üzerinde gözlemlediği aktiviteleri, kendisinin de yapıp, yapamayacağına ilişkin düşünceleri,

Psikolojik Durum; bireyin kazandığı deneyimlerle ilgili oluşan düşüncelerden oluşan psikolojik durumlar veya ortaya çıkan duygulardır (58).

Öz-etkililik algısı zayıf olan bireylerde hastalığın ortaya çıkardığı belirtilerden dolayı, bireyin mücadele etme gücünü azaltmakta ve hastalığın daha kolay ilerlemesine neden olabilmektedir. Öz-etkililik algısı yüksek olan bireylerde ise hedeflerine ulaşmak için bireyler kendilerini yönlendirebilirler. Öz-etkililik algısı ne

kadar güçlü olursa bireylerin harcadığı enerji daha etkili olmaktadır. Genellikle kronik hastalıkların belirtileri arasındaki farklılıklar, hastaların öz-etkililik algısında da farklılık göstermektedir (58). Örneğin; astım hastalığı olan ve nefes darlığı çekmesinden kaynaklı günlük işlerine odaklanma güçlüğü yaşayan birey ile kan şekeri düzeyi sürekli artış gösteren bireyin belirtileri organize etme yeteneği farklılık gösterebilmektedir. Bu durumda, farklı kronik hastalıklardaki kişilere verilmesi planlanan bakım ve desteğin, hastalık ve kişi özelliklerinin göz önünde bulundurulması önemlidir. Hastada öz-etkililik bir çok faktörden olumlu veya olumsuz şekilde etkilenebilir (60).

2.3.2 Öz-Etkililiği Olumlu Etkileyen Faktörler

Öz-etkililik seviyesi yüksek olan hastalar tedavilere daha olumlu yaklaşarak kazandırılmak istenen davranışları daha istekli bir şekilde yerine getirmek isterler. Hastaların kendi özgüvenine olan inancını anlatan öz-etkililik hastalara olumlu davranışlar kazanmasına yardımcı olmaktadır. Öz-etkililik seviyesi yüksek olan hastalar daha yüksek hedefler belirleyip, hedeflerine ulaşmak için gayret gösterirler. Bu durum tedavi sürecinin düzenli bir şekilde gitmesine yardımcı olur (61).

Kronik bir hastalık olan bireylerde, tedavi sürecinin etkili bir şekilde yönetilebilmesi için, hastalar kendi öz-bakımını üstlenerek, belirtilerle baş edebilecek seviyede inanç, bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir (62). Kronik hastalığı olan bireylerin sağlıklı bir şekilde hayatlarını sürdürebilmesi; hastalıklarına ilişkin belirtileri ve tedavi sürecinin yönetimi, olumlu öz-etkililik ile oluşmaktadır. Hastanın kendi kendini etkili bir şekilde yönetmesini sağlamak amacıyla oluşturulan planlamada, hasta eğitimi, karar alma desteği, kendini izleme, psikolojik ve sosyal destek gibi bileşenleri içermelidir. Bütün bu bileşenlerin gerçekleştirilmesinde bireyin öz-etkililik durumu ön plana çıkmaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerin tedavi ve

bakıma uyum sağlayabilmeleri için yeterli derecede öz-etkililiğe sahip olmaları gerekmektedir. Hastalıkların yönetilmesinde daha fazla sorumluluk alan bireylerin tedaviye uyumlarının ve yönetimlerinin daha iyi olduğu literatürde de yer almaktadır (63).

Vatansever ve Ünsar (2014) esansiyel hipertansiyon tanısı alan hastaların ilaç tedavisine uyum/ öz-etkililik düzeylerini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla 94 hasta ile yaptıkları çalışmada, hastalığına olumlu bir şekilde uyum sağlayan bireylerin yaşam şekli değişikliklerini daha kolay gerçekleştirebildiği, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsediklerini ve buna bağlı olarak ilaca bağlılık/uyum öz-etkililik düzeylerinde artış olduğu gözlemlenmiştir (64).

Demirbaş ve Kutlu (2020) çoklu ilaç kullanan yetişkin hastaların tedaviye uyumlarını, öz-etkililik düzeylerini ve uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla 270 hasta ile yaptıkları çalışmada, hastaların %46,2'sinin düzenli ilaç kullanmadığı, hastalara hastalıkları ve tedavi süreci hakkında eğitim verildikten sonra hastaların ilaç uyum ve tedaviye motivasyon oranlarında artış olduğu ifade edilmiştir (35).

Kavradım ve arkadaşlarının (2020) Koroner kalp hastalığı olan bireylerin hastalığa uyum ve öz-yeterlilik durumunu değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, sağlık bakımında kanıt temelli girişimlerin uygulanması, taburculuk sonrası komplikasyonları azaltırken, yaşam kalitesi ve öz-yeterlilik becerilerini ve yaşam tarzı değişikliği davranışlarına uyumu pozitif etkilediği gösterilmiştir (65).

Çallı (2014) Tip 2 diabetes mellitus'lu hastaların hastalık yönetimine ilişkin öz-etkililik algısı ve iyilik halinin değerlendirmesi amacıyla 200 hasta ile yaptığı çalışmada, hastaların iyilik hali ölçeği toplam puan ortalamaları ile diabetes mellitus yönetimine ilişkin öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı

bir ilişki olduğu, bu sonuçla hastaların öz-etkililik ölçeği puan ortalaması arttıkça, iyilik hallerinin de arttığı ve öz-etkililiğin bireyin nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirleyen önemli bir özellik olduğu belirtilmiştir (66).

2.3.3 Öz-Etkililiği Olumsuz Etkileyen Faktörler

Öz-etkililik kişilerin kendileri ile ilgili yapabileceği davranışları ve o davranışları yapabilmek için göstereceği gayreti, herhangi bir zorlukla karşılaştığı zaman göstereceği sabır, kaygı ve güven gibi faktörler kişinin öz-etkililik seviyesini önemli derecede etkilemektedir. Düşük öz-etkililik duygusu, bireylerin bir işi gerçekleştirme performansını olumsuz yönde etkilemektedir. Öz-etkililik beklentisini etkileyen, bireyin kendisi ile ilgili yargısı ve inancını olumsuz yönde etkileyen faktörler vardır (67). Bu faktörler;

Bireyin Geçmiş Deneyimleri: Öz-etkililik seviyesinin hangi düzeyde olduğunu gösteren en önemli gösterge bireyin geçmiş dönemde yapabildiği aktivitelerdir. Birey geçmiş dönemlerde bir işi başarılı bir şekilde tamamlamışsa öz-yeterlik algısını güçlendirir, fakat bu işte başarısız olmuşsa bireydeki öz-etkililik algısı olumsuz yönde etkilenir.

Başka Hastalardan Etkilenme: Bireyin çevresindeki hastaların kendilerinden istenen davranışları gerçekleştirememeleri bireyin öz-etkililik algısını olumsuz yönde etkilemekte ve kendisinin de başarısız olma korkusu ile kendisinden istenen davranışı gerçekleştirmede zorluk çekmektedir.

Duygusal Faktörler: Hastanın duygusal durumu hastadaki öz-etkililik durumunu önemli derecede etkilemektedir. Bunların başında stres, ekonomik düzey, sosyo-kültürel faktörler ve fiziksel hastalıklar bireyin öz-etkililik algısını olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (58).

2.4 Kronik Hastalıklar ve Öz-Etkililik

Kronik hastalıklar günümüzde ülkelerin tümünde en önemli sağlık problemi olarak ele alınmaktadır. Kronik hastalıklar kişiyi ruhsal, fiziksel, ekonomik ve sosyal yönden etkilemekte, kronik hastalığı olan bireylerin öz bakımlarını sürdürebilmelerini güçleştirmekte ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bireylere kronik hastalıklara yönelik olumlu sağlıklı davranışları kazandırılmasında önemli olan öz etkililik, olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde de önemli yer tutmaktadır (1).

Kronik hastalığa bağlı semptomlar, hastaların özgüven duygusunun kırılmasına ve öz-etkililik duygusunun olumsuz yönde etkilenmesine yol açar. Kronik hastalıklar, uzun süreli tedavi ve bakım gerektirdiği için bireyin hayatını kısıtlanmasına, öz-bakım ve öz-etkililik algısının da etkilenmesine neden olmaktadır (68). Kronik hastalıklarda tedavi süreçlerinin başarılı olmasını sağlamak için bireylerin yaşamlarının sağlıklı bir şekilde yönetilmesi ve sağlıklı davranış değişikliği yapabilme gücüne sahip olunması gerekmektedir. Kronik hastalığı olan bireyler tıbbi tedavi ve bakıma uyum sağlayabilmeleri için kendi öz bakımlarını yapabileceklerine, yaşayacakları semptomlarla başa çıkabileceklerine gerekli inanç bilgi ve beceriye sahip olmaları gereklidir. Ancak bu da öz-etkililik seviyesi yüksek olan bireylerde başarılı bir şekilde oluşmaktadır (67).

Kronik hastalıklar gibi sürekli tedavi ve bakım gerektiren sağlık sorununa sahip olan bireylerin, yaşam biçimi değişikliklerini gerçekleştirebilmek ve hastalık süreci ile baş edebilmek için yeni davranışlar kazanması, ancak özgüven duygusunun yüksek olması ile sağlanabilir. Bireylerin kronik hastalıkların tedavisine yönelik davranışlarını kontrol edebilmeleri açısından, kendi güçlerini algılayışlarını değerlendirmek kronik hastalıkların yönetimi için oldukça önemlidir (69). Bu hastaların öz-bakım

ihtiyaçlarının karşılanması ve öz-etkililik düzeylerinin yükseltilmesi, hastanın aile ve çevresiyle bir bütün olarak ele alınması ve bakımın sürekli liği için çok önemlidir (70). Aynı zamanda kronik hastalığı olan bireylerin belirli aralıklarla öz-etkililik düzeyi ve hastalıkları ile baş etme becerileri değerlendirilmelidir. z-etkililik düzeylerinin değerlendirilmesi, kaliteli ve hasta memnuniyetini artıracak hemşirelik bakımının sağlanması, hastalık sürecine ve bu durumu bireyin nasıl yneteyeğine yol gösterici olacağı ifade edilmektedir. Acil servise kronik hastalığı olan ve öz-etkililik düzeyi iyi olmayan hastaların daha yüksek oranda başvurduğu ve hastane yatışlarının da arttığı görülmektedir (71).

2.4.1 Kronik Hastalıklarda z-Etkililiğin nemi ve Bakıma Yansıması

Kronik hastalık tanısı almış bireylerin psikolojik durumlarında da değerim gelişebilmektedir. Bu değerimler hastaların öz-etkililik algılarının azalmasına neden olmakta ve bu durum bireylerin sağlıklı davranışlar kazanmasını etkilemektedir (72). Bakım sürecinde etkin rolleri olan sağlık profesyonelleri, hastalara kronik hastalıklardan dolayı oluşabilecek riskleri, olumlu ve olumsuz olan sağlık davranışları hakkında eğitim vererek, hastaları düzenli bir şekilde izlemelidir. Kronik hastalıklarda bakımının temel hedefi sağlık profesyonelleri tarafından verilen eğitimler ile hastaların bakımlarını kendi kendine yapma gücünün kazandırılmasını sağlamaktır (73).

Hemşireler sağlık inanç modeli temelli eğitimle kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik seviyesini artırabilir, hastaya seçim hakkı vererek, karar verme yeteneğini geliştirebilir (74). Sağlık inanç modeli temelinde verilen eğitimde temel faktörler vurgulanmalıdır. Bu faktörler;

- Kronik hastalıkların uzun süre bakım gerektiren hastalıklar olduğunu,
- Taburcu olduklarında ana sorumluluk sahibinin kendilerinin olduğu,
- Hastalıklarına yönelik sorunların ne olduğunu, bilmeleri gerektiği,

- Bakım sürecinde sorun çıkması durumunda, kendilerinin neler yapması gerektiğini bilmeleri,
- Bakım sırasında yapılan uygulamaların yarar sağlayacağı, yapılmaması gerekenlerin ise sağlıklarına zarar vereceğini bilmeleri gerektiği,
- Doğru uygulamaya karar verip sürdürmek için, kronik hastalıklara ilişkin bakım uygulamaları ile ilgili bilgiye sürekli gereksinim duyacaklarına ve bu bilgileri de eğitim ile kazanacakları hakkında bilgi verilmesi gerekmektedir (75).

Kronik hastalığı olan bireylere sağlıklı davranışların kazandırılması için ilk olarak bakım veya eğitim veren, sağlık profesyonellerinin temel taşı olan hemşirelerin sorumluluklarını bilmesi gerekmektedir (76). Bakım hizmetleri alanında hemşirelerin, kronik hastalıkları olan bireylerin öz-etkililik seviyelerinin düşük olduğu durumlarda, onlar adına karar vermeyi bilmesidir. Hemşireler bakım uygulamalarında, hastaların adına karar verirken veya karar verme becerisi kazandırırken, hastaları için en yararlı davranışı seçmeli ve bu davranışı kazanıp kazanmadığını gözlemlemelidir. Bakım uygulamalarını yaparken aynı zamanda hastaların güvenliğini de düşünmesi gerekmektedir (76).

2.5 Bütüncül Hemşirelik Bakım Yaklaşımı Nedir? Kronik Hastalıklardaki Önemi Nedir?

İnsanın biyolojik ve psikolojik yönleri yanında en az bunlar kadar önemli sosyal, kültürel ve spiritüel boyutlarının da olduğu her yönü ile ele alınması gerektiği ifade edilmektedir (77). İnsan spiritüel boyutların (saygı, maneviyat, hoşgörü v.b) tümüne ihtiyacı olan bir canlıdır ve bu çok yönlülüğünden doğan ihtiyaçları ile etkileşim halindedir (78). İnsan sağlık-hastalık arasında dengede kalmaya çalışırken,

sağlığının geliştirilmesi ve tedavisinde, sağlık profesyonellerinin yardım ve desteğine ihtiyaç duyar (79).

Büyüme ve gelişme yaşam boyu sürekliliği olan bakım gereksinimi ortaya çıkaran bir süreçtir ve temel ihtiyaçtır (80). Bakım çok boyutlu bir kavramdır ve hemşirelik felsefesi içinde kuramcılar tarafından çeşitli şekillerde tanımlanmıştır (81). İnsan yaşamının bütüncül bir şekilde korunması, ve sağlığının geliştirilmesinde, bireye yardımcı olmak için hemşirelerin, yeterli bakım, eğitim ve danışmanlık donanımına sahip olmasının, sağlık hizmetlerinin temelini oluşturduğu belirtilmektedir (82). Florence Nightingale'in bütüncül hemşirelik yaklaşımında *“Sağlık için, manevi ihtiyaçlar, en az vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir faktör”* olarak tanımlanmıştır (83).

Sağlık bakım hizmetlerinde bütüncül yaklaşım, sağlığın korunması ve kişisel gelişimin sürdürülmesi için önemli bir kavram olarak vurgulanmaktadır. Hemşireler hasta yoğunluğunun artması ile hastanın bütüncül bakımına ayıracakları zamanın büyük bölümünü, genellikle fiziksel ihtiyaçlara ve tıbbi tedavinin sürdürülmesine yönlendirmektedirler. Unutulmamalıdır ki, insan tüm yönleri ile bir bütündür ve bireyde oluşan herhangi bir sağlık sorunu, vücudun diğer bileşenlerini de etkilediği belirtilmektedir (84). Bütüncül bakımda bireyin bir bütün olarak, dört farklı boyutta ele alınması gerekmektedir. Bu boyutlar aşağıda sıralanmıştır;

Fizyolojik boyut; İnsan hücre ile başlayan, sistemlere kadar uzanan; dışardan fark edilemeyen kompleks bir işleyişte, temel yaşamsal, fizyolojik ihtiyaçları olan bir canlıdır. Bu ihtiyaçların karşılanamaması durumunda, bireyin psikolojik olarak da etkilendiği ve bu alanda problemlerin ortaya çıktığı belirtilmektedir (85).

Psikolojik boyut; Dini inançlar, kişilik, alışkanlıklar, motivasyon düzeyi, tepkiler, algılama gibi özellikler, bireyin psikolojik yönünü belirleyen etmenlerdir.

İnsan çok yönlü özellikleri ile toplumun içinde yaşarken, aynı zamanda toplumun bir parçası da olur. Bireyin yaşamında bir boyutta meydana gelen değişim ve problemler, diğer boyutları da önemli derecede etkilemektedir (86).

Sosyal boyut; Bir birey olarak insan, varlığını ancak toplum içinde kurabildiği olumlu ve besleyici ilişkileri ile ortaya koymaktadır. İnsanın toplumla olan etkileşimi, bireyin sosyo-kültürel yönünü oluşturmaktadır. İnsan içinde yaşadığı toplumun bir parçasıdır ve soyutlanamaz (87).

Spiritüel boyut; İnsanın dini inançlarını içine alan, fakat sürekli din yoluyla açıklanamayan evrensel bir kavramdır. Tüm insanların dini inançlarına bakılmaksızın biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bileşenleri ele alan spiritüel boyutun insana yaşama gücü veren itici bir güç olduğu ifade edilmektedir. Diğer bir ifade ile bireyin hastalık ve sağlık ile ilgili davranışlarının üzerinde önemli derecede etkisi olması nedeni ile bütüncül bakımın en önemli öğelerinden biri olduğu ifade edilmektedir (88). İnsanda ölüm korkusu, umutsuzluk duygusu, hastalıklar ve yetersizlikler gibi pek çok yaşamsal krizler bireyin spiritüel ihtiyaçlarını öne çıkarmaktadır (89).

Kronik hastalıklar uzun bir süreçten oluşmakta ve farklı evreleri kapsamaktadır. Bu uzun sürecin tüm etaplarında, hem tıbbi hem de psikolojik farklı problemler ortaya çıkmakta ve hemşirelerin bu durumları dikkatli bir şekilde gözlemleyerek, her hasta için ayrıntılı bakım planları düzenlemeleri gerekmektedir (90). Bu nedenle hemşireler hastaların fiziksel, zihinsel, ruhsal, spiritüel ve kişilerarası ilişkilerinin kronik hastalıklarından nasıl etkilendiğini araştırmalı ve hastaların sosyo-kültürel farklılıklarının ve bireysel tercihlerinin de bakımda etkili olduğunu farkına varması gerektiği bildirilmektedir (91).

Kronik hastalığı olan bireylere, bütüncül bir bakım yaklaşımı sağlanırken hemşirelerin, belirli bilgi ve becerilere sahip olması gerekmektedir. Bütüncül bakım

yaklaşımında hemşirelerin tüm bilgi ve birikimlerini uygulamaya yansıtmaları da hayati önem taşımaktadır (92). Bütüncül hasta bakımının önemi ele alındığında; hemşirelerin, kanıt temeli oluşturacak güncel araştırmaları takip etmeleri ve bilgilerini güncel tutmaları ve artırmaları için teşvik edilmeleri önerilmektedir (93). Bütüncül hemşirelik yaklaşımlarında hasta ile etkili iletişim tekniklerini kullanmak sağlıklı psikolojik bir ortam oluşturmak için çok önemlidir. Bunu sağlayabilmek için bazı uygulamaların bakımda kullanılması gerekmektedir (94). Kullanılması önerilen bazı etkili iletişim teknikleri;

- Hastaların adını öğrenmek ve isimleri ile hitap etmek,
- Hastalar ile göz teması sağlamak,
- Hastaya aldığı bakımın, kendisini nasıl hissettirdiğini sormak,
- Tedavi planlarını hasta ve ailesi ile sağlamak,
- Tedavilerde terapötik amaçlı dokunmayı kullanmak,
- Hastaların kendilerini onurlandırılmayı hak eden, saygın biri olarak görmelerini sağlamak,
- Onurlarını korumak,
- Hastalara verilen eğitimde Öz-bakımın önemini vurgulamak, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını düzenli takip etmek,
- Ağrı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemleri kullanarak, hasta bireylere bu konuda farkındalık ve davranış kazandırmak,
- Tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden hastaya uygun olanları belirleyerek, klinikte veya hastanın evinde kullanılması için cesaretlendirmek ve yardımcı olmak,
- Hastaların farklı dini, kültürel, spirüüel inançları olabileceğini bilerek, bu konularda hoşgörölü olmak, yapmalarını sağlayacak ortamı sunmak.

Sağlık profesyonellerinin kronik hastalık bakım modelini kullanarak, bütüncül yaklaşımı bakım uygulamalarında kullanmaları gerektiği ifade edilmektedir (91).

2.5.1 Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Öz-Etkililiğin Artırılmasında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Kronik hastalıklar, bireylerde ortaya çıkardığı belirtilerden dolayı bireylerin hastalığı ile baş etme seviyesini azaltmakta, hatta hastalığın kolay bir şekilde ileri evrelere gitmesine neden olmaktadır. Bu nedenle hastalar, kendilerini daha zayıf hissetmekte ve hastalığına olan algı düzeyini giderek düşürmektedir. Özellikle kronik hastalıkların belirtileri arasındaki değişiklikler, bireylerdeki öz-etkililik algısının da farklı olmasına neden olmaktadır (95).

Kronik hastalığı olan bireylerde sağlığı geliştirmek amacıyla yapılacak en önemli şey bireyin mevcut sağlığı geliştirme davranışlarının tanımlanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesidir. Kronik hastalıklara karşı sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirilmesinde rol model olan hemşirelerin, bireylerin sağlık seviyelerini artırmada da birincil görevleri bulunmaktadır (96).

Kronik hastalığı olan bireylerin fiziksel ve psiko-sosyal özellikleri, tedaviye olan motivasyonu ve inancı, çevresi ve geçmiş deneyimleri öz-etkililik düzeyini etkileyen faktörlerdir (97). Kronik hastalığı olan bireylerde davranış değişikliğinin sağlanması için hemşire, hastaların davranışları üzerinde belirleyici etkisi bulunan öz-etkililik algısını, değiştirebilir. Hemşire hastanın öz-etkililik algısının geliştirilmesi yönünde girişimlerde bulunmalı, duruma özel davranış değişimi için bireyin kendi başarısına ilişkin algısını güçlendirmeye çalışması gerekmektedir. Örneğin, astım tanısı aldıktan sonra hastanın önceki akciğer fonksiyonlarını yeniden kazanması için fiziksel ve akciğer fonksiyonlardaki etkililiklerine ait algılarının güçlendirilmesi;

bireyin kendi kendine solunum egzersizlerini yapabilmesi için öz-etkililik düzeyinin yükseltilmesi için davranış değişikliği oluşturmaları gerekmektedir (98).

Öz-etkililik bireysel inanç ve algılardan etkilenmesi nedeni ile esnektir ve değiştirilme özelliğine sahiptir. Bu yüzden hemşireler, bireylerin öz-etkililik algılarının güçlü olmasına yönelik girişimleri yapabilmeleri için öz-etkililik özelliklerinin nasıl geliştiğini bilmeleri gerekmektedir (99). Öz-etkililik deneyimlerinin en önemli kaynağı; önceki başarılı olan deneyimler ve başkalarının başarılı olarak gerçekleştirdikleri deneyimlerin gözlemlenmesidir. Bireyin, sağlığına yararlı olan davranışları yapabileceğine inancının olması, ya da ikna olması, öz-etkililik düzeyinin geliştirilmesinde belirleyici faktörler arasındadır (62).

Öz-etkililik düzeyinin yükseltilmesi sürecinde kronik hastalığı olan bireyi desteklemek için hemşireler ile birlikte eşi, arkadaşı ve iş çevresi, değişimin başlatılması ve sürdürülmesi için önemli sosyal destek sistemleridir. Frei ve arkadaşlarının kronik hastalıkları olan hastaların öz-yeterlilik düzeylerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada sosyal çevrenin, bireyin öz-etkililik düzeyinin oluşmasında ve sürdürülmesinde önemli bir faktör olduklarını ifade etmişlerdir (100). Hemşireler bu süreçte bireyin destek sistemlerini belirlemeli ve harekete geçirmeli, hastaları ve ailelerini bakıma katılmaları konusunda desteklemeli ve olumlu sağlık davranışlarının gelişmesinde önemli yeri olan öz-etkililik düzeyinin yükselmesi için doğru kaynaklara yönlendirmelidir (101).

Sağlık profesyonelleri ekibinin önemli bir parçası olan hemşireler, farklı stratejileri kullanarak bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen öz-etkililik algılarını önemli derecede yükseltebilirler. Böylece sağlıklı olan davranışlardan uzaklaşarak, sağlıklı davranışı başlatıp sürdürme konusunda bireylere destek olabilir, gerekli konularda danışmanlık hizmeti vererek kalıcı davranış

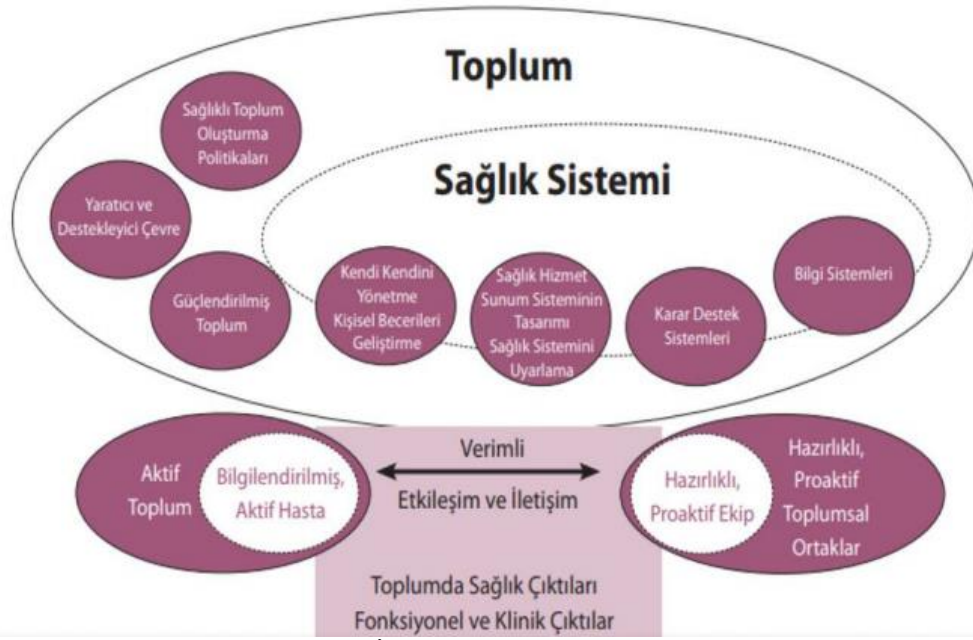
değişiklikleri sağlayabilir (102). Hemşirelik mesleğinin temel işlevleri arasında, bireylerin sağlığını korumak, sağlık seviyesini yükseltmek, hastalıkları önlemek, hastalık halinde bireylerin tedavisinin sürdürülmesini sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak sayılabilir. Özellikle bireylerin hastalıkları ile yaşadıkları başarılı tecrübeleri ile öz-etkililik kavramı gelişip, planlanan aktivitelerin başarıyla sonuçlanabilmesinde etkili olur (58).

2.6 Kronik Hasta Bakım Modeli

Kronik hastalıklarda yönetim başarısının temelini oluşturan sağlık profesyonellerinin, her zaman kullandıkları tedavi ve bakım anlayışı yerine hastaya bütüncül yaklaşan, ekip anlayışı ve kanıt temelli yaklaşımlar hakkında bilgi ve becerilerin artırılması bakım için önem arz etmektedir (103). Kronik Bakım Modelinin, sağlık harcamalarının giderek artması sonucunda bakımın kalitesini artırmak ve bakımın maliyetini azaltmak amacıyla rehber olarak oluşturulduğu belirtilmektedir (104). Smidth ve arkadaşlarının (2013) Brezilya, Hollanda ve Almanya’da yaptıkları çalışmada kronik hasta bakım modelini sağlık hizmetlerinde kullanıldığı ve bu bakım modeli sayesinde sağlık hizmetlerinde başarı elde edildiğini belirtmişlerdir (105). Moussa ve arkadaşlarının (2019) sağlık hizmetlerinde yeniliklerin uygulanmasında kullanılan değişimi kolaylaştırma stratejilerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada kronik hasta bakım modelinin uygulandığı 2350 çalışmayı inceledikleri sistematik derlemede, kronik hastalık bakım modelinin, kronik hastalıkların yönetiminde fayda sağladığı yönünde sonuç alındığını açıklamışlardır (106).

Kronik Bakım Modeli, (1990) yılında ABD’de Wagner tarafından, hastalık yönetim programlarının çeşitli bileşenlerinin sentezlenmesiyle elde edilmiş bir bakım modelidir (107). Toplumsal kaynaklar ve politikalar, karar verme desteği, sağlık bakım

organizasyonu, öz-etkililik desteği, sağlık hizmetleri sunumları ve sağlık bilgi sistemleri olmak üzere temel altı bileşenden oluşan model, bu bileşenleri birbiriyle ve sağlık sistemiyle en uygun hale getirerek geliştirmeyi amaçladığı ifade edilmektedir (108).



Şekil 1: Sağlığın Yükseltilmesi İçin Popülasyon Temelli Genişletilmiş Kronik Bakım Modeli (109, 110).

Bakım modelinin temel amacı; bilgili sağlık profesyoneli ile kronik hastalığı olan bireyler arasında, mevcut olan tedavi yöntemi kullanımını artırmak ve yeni tedavi yöntemlerini oluşturmak için sağlık profesyonelleri ve hastaların etkileşim halinde olmasını sağlamaktır (111). Bu bakım modeline göre organize edilmiş sağlık sistemlerinde, hastaya bütüncül olarak yaklaşarak, sağlık sorunlarını çözümleme anlamında daha iyi sonuçlar elde edileceği ve farklı ülkelerdeki sağlık sistemlerinde bile sağlık bakımının tüm seviyelerinde kullanılabilir olduğu belirtilmektedir (112).

Kronik Bakım Modeli kronik hastalık yönetiminde kullanıldığında hastaların sigara tüketimi, dengesiz beslenme, hareketsiz yaşam gibi önemli kronik hastalık risk faktörlerinin önlenmesinde olumlu sonuçlar verdiği ifade edilmektedir (113). Bunun

yanı sıra kronik hastalıkların neden olduğu depresyon, KOAH gibi hastalıkların uzun süreli yönetiminde, evde bakım hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında kullanılması gerektiği ve kronik hastalığa uygun davranış değişikliklerinin sağlanmasında da yararlı olduğu ifade edilmektedir (114). Kronik Bakım modeli diabetes mellitus, hipertansiyon, astım, kalp hastalıkları gibi hastalıklarda uygulanması sonucunda hastaneye gereksiz yatışların oranında azalma görüldüğü, yaşam kalitesini ve hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediği ve birçok ülkenin sağlık bakım hizmetlerinde kullanılabileceği belirtilmiştir (115).



Şekil 2: Yenilikçi Kronik Bakım Modeli (109, 110)

Yenilikçi Kronik Bakım Modeli; kanıta dayalı girişimleri uygulamak üzere farkında bir hasta ile bilgili proaktif sağlık ekibi arasında sürekli etkileşimi sağlayarak, hastalıklara ait komplikasyonların ortaya çıkmasını önleyici girişimlerin etkin şekilde uygulanmasını sağlamaktadır (109).

2.6.1 Kronik Bakım Modeli'nin Bileşenleri

Kronik bakım modeli aralarında sıkı bağlantıları olan altı alt bileşenlerden oluşmaktadır (116);

- **Toplum Kaynakları:** Hasta bireylerin gereksinimlerinin karşılanması için toplum kaynaklarının harekete geçirilmesidir. Bu aşamada kronik hastalığı olan bireylerin sağlık hizmetleri programlarına katılımı amaçlanmaktadır (117). Sağlık hizmetlerinin verilemediği alanlarda destek sağlanır. Hasta bireylere fayda sağlayacak politikaların çıkarılması için savunuculuk görevi sunar. Toplum kuruluşları ile birlikte iş birliği yapılarak kronik hastalığı olan bireyleri destekleyen eğitim, akran destek grubu ve sosyal medya gibi programları tanımlayarak hastaların katılımını artırmak hedeflenir (113).
- **Sağlık Bakım Örgütlenmesi:** Kronik hastalık bakım yönetimi oluşturulan programlar değerlendirilebilen, ölçülebilen, amaç ve hedefleri içeren bileşenlerden oluşmaktadır (118). Bakım bileşenleri, bakımın ihtiyacı olan altyapının oluşturulmasını, iyi planlama yapmayı, var olan kaynakların etkili kullanımını ve yönetilmesini, kalite geliştirme çalışmalarını, kurumlar arasında organize olmayı, sağlık hizmetlerine uygun politika oluşturmak için etkili yeni stratejileri ve bu stratejileri yönetecek liderlerin belirlenmesini içermektedir. Bu durum kronik hastalık bakımının güçlü liderler tarafından desteklenmesi için ortaya çıkacak güçlüklerin azaltılmasında etkili olacağı belirtilmektedir (119).
- **Sağlık Hizmetleri Sunum Planı:** Sağlık bakım profesyonellerinin üstlendikleri rolleri açık ve net olarak tanımlanmasını içermektedir. Kronik hastalıklarda verilen bakımın her uygulamasında sağlık

profesyonellerinin rolleri, sorumlulukları açık bir şekilde oluşturulmalıdır (120). Literatürde etkili ve başarılı bir kronik hastalık yönetiminde; hemşire, uzman hekim, eczacı ve sosyal çalışmacı yer alması gerektiği belirtilmektedir. Ekip içerisinde kronik hastalık yöneticisi olarak hemşirelerin yer alması önem arz etmektedir (121). Kronik hastalık yöneticisi olan hemşire; hasta olan bireyleri hastalıklarına göre kaydeder, diğer sağlık profesyonelleriyle iletişime geçer, temel tanılamayı yapar, bulguları takip eder, öz-yönetim desteğini başlatır ve bakımın sürekliliğini sağlar (121).

- **Öz-Yönetim Desteği:** kronik hastalığı olan hasta ve ailesine hastalığın yönetilmesinde güven ve beceri kazandırmayı, öz-bakımın devamlı olmasını sağlamak için kaynak oluşturmayı, karar verme sürecinde desteklemeyi, sorunları tanılama ve baş etmede yardımcı olmayı ve sürecin düzenli olarak tanınmasını içermektedir (122).
- **Karar Verme Desteği:** Hasta ve sağlık bakım ekibi arasındaki etkileşimlerde kanıta dayalı kurallar, destekleyici eğitimler ve klinik uygulama rehberleri kullanılması gerekmektedir. Kronik hastalık yönetimi ve klinik bilgi sistemlerinin etkili kullanılması için, hekim ve hemşirelerin eğitimlerini destekleyen programlar geliştirilmeli ve desteklenmeli ve hastanın tedavi bakımı ile ilgili kararlara katılımı sağlanması gerektiği belirtilmektedir. Klinik karar destek sistemleri, problem çözme işlemi sırasında farklı çözümleri test etme ve verileri yeniden gözden geçirmek için olanak veren, bilgi paylaşım hızının artmasını, ekipler arası ortak çözümler üretilmesini ve maliyet kontrolü sağlayan bir sistemdir (123).

- **Klinik Bilgi Sistemleri:** Etkili ve verimli sağlık hizmeti vermede, hastalık yönetimini kolaylaştırmada hastalığın yaygınlığı hakkında önemli bilgileri zamanında sağlayarak     m üreten önemli bir sistemdir (124). Bu sistem sağlık kayıtlarını elektronik ortamda sağlayarak, hemşire bilgi sistemleri, görüntü ve depolama yönetim sistemleri, klinik iletişim sistemleri, vaka bilişimi, sanal uygulamalar, hastane bilgi sistemleri, klinik kılavuzlar ve kavram gibi bileşenlerden oluştuğu belirtilmektedir (125).

2.6.2 Kronik Bakım Modeli'nin Bileşenlerine İlişkin Kanıtlar

Kronik hastalıklarda, hasta olan bireyin kendi hastalığını yönetmesi için farklı eğitim  ğretim yöntemleri ile desteklenmesi, bu desteğin güçlendirilmesi gerekmektedir. Kronik hastalıkların yönetiminde temel hedef; komplikasyonları engellemek ve yaşam kalitesini korumaktır (126). Bu hedefler doğrultusunda kronik hastalıklara ilişkin risk faktörlerinin en aza indirilmesi gerekmekte ve hastaların bakım uygulamalarına katılımı arttırılmalı hastalar düzenli bir şekilde takip edilmelidir. Bireylerin fikir ve tercihleri önemsenerek hedef ve stratejiler bireyselleştirilmeli, tedavi süreci hakkında bireyler bilgilendirilmelidir. Kronik hastalıklarda öz-yönetim eğitimi ve desteği kapsamında beslenme, fiziksel aktivite, kilo kontrolü, sigara bırakma danışmanlığı, psikolojik destek gibi konulara yer verilmiş ve bunlar bakımının temel unsurları olarak belirlenmiştir (127).

Kanıtı dayalı sağlık hizmetleri kronik hastalık yönetimi yapılanması ile gereksinimi olan her bireye etkili sağlık hizmetinin ulaşmasını sağlamaktır. Bu sayede bireylerin sağlık düzeyleri yükselecek ve sağlık harcamaları azalacaktır. Bu yöntemin düzenli bir şekilde planlanması için ihtiyaç duyulan araçlar bu şekilde sıralanabilir. Sağlık profesyonellerine kanıtı dayalı karar verme desteği sağlanması ve her zaman ulaşabilir elektronik hasta kayıtlarını tutacak veri tabanı oluşturulması, kronik hastalığı

olan bireylerin kendi bakımını sağlayabilmesi için ihtiyacı olan eğitim ve desteğin verilmesi ve bu oluşumun sürekliliği için düzenli olarak yapılandırılmış ödeme ve sağlık sistemlerinin düzenlenmesidir (128).

Literatürde kronik bakım modelinde kronik hastalıkların yönetimi için tüm bileşenlerin birlikte ele alınması önerilmektedir. Genellikle “sağlık hizmetleri” ve “öz-yönetim desteği” bakım sürecini geliştirme ve hasta sonuçlarını iyileştirmede son derecede önemli olduğu ve bu konuda çok sayıda araştırma sonucu olduğu; diğer bileşenlerin uygulamadaki etkinliğinin değerlendirilmesi ile ilgili çok sayıda kanıta ulaşıldığı fakat “sağlık bakım organizasyonu” ve “toplum kaynakları ve politikalar” bileşenlerinin etkinliğini gösterecek araştırma kanıtlarının eksik olduğu ifade edilmektedir (129).

2.6.3 Kronik Hastalıkların Bakım Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı

Kronik hastalıklarda hemşirelik bakımı ev veya bir sağlık kuruluşunda verilen sağlık bakımını içermektedir. Sağlık profesyonelleri ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin, daha çok sağlığın korunmasına yönelik verdiği, hizmetler ile maliyeti yüksek olan hastanede verilen sağlık hizmetlerini en az maliyetle sağlanmasında bir bileşen olduğu belirtilmektedir. Profesyonel sağlık ekibi üyelerinin temel taşı olan hemşirelere uzun süreli yıpratıcı hastalığı olan birey ve ailelerine hastalığın bakımı, eğitim, sürekli danışmanlık, farkındalık çalışmalarının organizasyonu, yeniliklerin temsilciliğinde lider olma gibi sağlık hizmetlerinde ciddi anlamda sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler kronik hastalığı olan bireylere bakım planı hazırlarken, hastaların hastalıklara karşı yaşadıkları uyum sürecini göz önünde bulundurması gerekmekte ve hastalıklara yönelik güncel çözümlerle, hasta birey ve ailelerinin yaşamlarında olumlu değişiklikler oluşturmalarının önemli olduğu belirtilmektedir (13).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'e göre kronik/yıpratıcı hastalıkların daha iyi yönetilebilmesi için hemşirelerin her zaman topluma en uygun rol modeli ile sağlıklı davranışları kazandırması, hemşirelik bakımının sürekliliğini sağlaması ve ilgilerini artırması gerektiğini ifade etmiştir (130). Herhangi bir kronik hastalığı olan bireyin, hastalık belirtileri, tedavi yan etkileri ve beraberinde yaşayacağı geleceğe yönelik endişeleri, psikososyal yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Kronik hastalıkları olan bireyler için tedavi planı yapılırken, hastalığın birey ve ailesi üzerindeki yıpratıcı etkilerinin yanı sıra, yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerinin de değerlendirilerek, sadece hastalığın tedavisinin değil yaşamdan alınacak doyumun da yükseltilmesine yönelik müdahaleleri de içermesi önem arz etmektedir. Kronik hastalıkların tedavi süreci sadece hastalığa odaklı değil, aynı zamanda bireyin yaşamdan aldığı doyumunu ve memnuniyeti artırmayı da hedefler, hemşirelerin bu yönde çok fazla yükümlülükleri bulunmaktadır (131).

ICN' e göre ulusal hemşire birliklerinin rolleri; bilgi sunumu yapma, yasal düzenlemelerle birlikte, farklı kuruluşlarla iş birlikleri yapma ve sağlık bakım kapasitesinin geliştirilmesi sürecindeki rolleri olmak üzere dört ana başlıkta toplanmıştır. Kronik hastalıkların önlenmesinde ve bakımının yönetilmesinde hemşirelerde olması gereken nitelikler şöyle sıralanmıştır (132);

- Kronik hastalığı olan bireyin kendi bakımıyla ilgili bilgi düzeyini artırmak ve hastalığının yönetiminde kişisel tercihlerine saygı göstermek,
- Hastalara farmakolojik ve non-farmakolojik ürünler ile ilgili profesyonel, holistik, ve etik davranmak ve sorularına cevap vermenin önemini bilmek,
- Hasta bireylerin eğitiminde önemli bilgi kaynağı rolünü üstlenmek, böylece yaşam kalitelerini geliştirmek, hastalara hastalıklardan korunma

aktiviteleri koordinasyonunu ve sağlık hizmetlerinde gelişen teknolojinin de desteği ile fonksiyon kayıpları ve ölümle başa çıkmalarını sağlamak,

- Koruyucu sağlık hizmetlerinde birey, aile ve toplumu hastalık önleyici aktivitelere karşı örgütlenmesini desteklemek ve yaşam kalitelerini artırmak amacıyla sağlıklı yaşam sunumu yapmak,
- Bireyin veya toplumun özelliklerine ve gereksinimlerine uygun bir şekilde eğitim yolu ile öğrenme stratejilerini belirlemek,
- Kronik hastalıkların oluşmasını engellemek veya azalmasını sağlayarak, toplumların yaşam tarzlarını ve çevrelerini sağlıklı yapıya doğru geliştirmek için diğer sosyal, politik, resmi kuruluşlar ve farklı sağlık profesyonelleri ile işbirliği yapılmasını sağlamak,
- Sağlığın çok yönlü tanımlanabileceğini bilerek, korunması ve geliştirilmesinde farklı uygulama yöntemleri belirlemek,
- Hemşirelik hizmetlerinin ve etkin sağlık bakımı verilebilmesinde diğer sağlık profesyonelleri ile koordineli bir şekilde çalışmalar yapmak,
- Günlük yaşam aktivitelerini yaptıklarında ihtiyaç duyduğu iletişim ve bağımsız olarak yapabildiği aktivitelerin kazandırılmasını sağlamak (132).

2.7 Acil Servis ve Triağ

Acil servis anlık olarak ortaya çıkan sağlık sorunları, trafik kazası, ev kazaları, ya da beklenmeyen sağlık problemleri ile oluşan ve hızlı bir şekilde tıbbi müdahale gerektiren, müdahale edilmediği durumlarda, hastanın sağlık durumunun giderek bozulduğu hatta ölümle karşı karşıya kalınabilecek şikayetleri olan hastalara sağlık profesyonelleri tarafından tıbbi malzemelerin desteği ile değerlendirilmesi, tanı konulması, tıbbi müdahale ve tedavilerin yapılması için yataklı sağlık kuruluşlarında

oluşturulan özellikli ünitelerdir (133). Acil servislerde sağlık hizmetleri haftanın 7 gün ve 24 saati daimi olarak verilmektedir (134).

Günümüzde kronik hastalığı olup, acil servis birimlerine gelen hastaların sayısında artış gözlemlenmiştir. Bunun nedeni incelendiğinde sağlık alanındaki teknolojik araçların artması, acil servislerdeki tıbbi bakım pratiğinin olması, laboratuvar, radyografi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans gibi özelleşmiş tanısal araçların kullanımı gibi nedenler kronik hastalığı olan hastaların acil servise başvuru sayısındaki artışa neden olduğu ifade edilmektedir (135). Acil servise en sık başvuru, KKY, böbrek yetmezliği ve KOAH gibi kronik hastalığı olan hastalara ait olduğu belirlenmiştir. Bu hastalar bazen mevcut hastalıklarının alevlenmesi ile başvururken, bazen de bu hastalıklar hastanın başka sağlık problemlerinin çıkmasına neden olması nedeni ile başvurmalarına neden olmuştur (136). Bu hastaların acil servis birimlerinde kalış süreleri diğer hastalardan daha fazla olmaktadır. Hafif derecede göğüs ağrısı olan bir hastanın aynı zamanda diabetes mellitus hastalığı varsa, bu hasta acil servis birimlerinde daha dikkatli ve daha uzun sürede değerlendirilmesi gerekmektedir (137). Ekim ve arkadaşlarının (2019) 1343 geratrik hasta ile yaptıkları çalışmada, acil servise başvuranların %42.24'ünün KOAH hastası oldukları belirlenmiştir (138).

Kronik hastalığı olan bireylerin genellikle polikliniklerden çok acil servis birimlerini daha çok tercih ettikleri belirlenmiştir (139). Literatüre göre; kronik hastalığı olan bireylerin hastalık durumunun acil olarak algılaması, acil servise ulaşımın kolay olması, polikliniklerde beklemek istememesi, rapor yazdırma, reçete yazdırma, hızlı tetkik olanakları ve rahat ve hızlı bir şekilde uzman doktorlara ulaşmak gibi nedenlerle acil servise başvurdıkları ifade edilmiştir (140, 141).

Triyaj; acil servis birimlerine gelen hastaların, sağlık problemlerine göre sağlanacak tıbbi müdahalenin aciliyeti göz önünde bulundurularak sağlık profesyonelleri tarafından yapılan öncelik sınıflama işlemlerinin tümüdür (142). Acil servis birimlerine gelen hastaların sağlık sorunları birbirinden farklılık göstermesinden dolayı ve acil servis ünitelerine gelen hasta sayısının çok olması nedeniyle sınıflama (triyaj) işleminin yapılması hasta bireylerin sağlık probleminin hangisinin daha acil olduğunu sağlık profesyonellerine yol göstermesi açısından önem arz etmektedir (143).

Acil servis birimlerinde farklı sınıflama (triyaj) sistemleri geliştirilmiş ve sağlık profesyonelleri tarafından kullanılmaktadır. Sağlık kuruluşlarında en çok kullanılan sistemler ikili sınıflama (acil olan, acil olmayan), üçlü sınıflama (Kritik acil olan, acil olan, acil olmayan), dörtlü sınıflama (Hayati tehlikesi olan, acil olan, az acil olan, acil olmayan) ve beşli sınıflama (kalbin yeniden canlandırma işlemi yapılması gereken, çok acil olan, acil olan, daha az acil olan, acil olmayan) gibi sınıflama sistemleri kullanılmaktadır (144). Bu sınıflama sistemleri birçok sağlık kuruluşunun tıbbi müdahalenin uygulanması, yatak sayısı, acil servis planı, personel miktarı ve hasta yoğunlukları gibi faktörlerin farklı olmasından kaynaklı olarak, birbirlerinden farklılık gösterebilmektedirler. Türkiye’de ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde acil servis ünitelerindeki sınıflama (triyaj) sistemleri sağlık kuruluşları arasında farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklara sağlık kuruluşlarının olanakları, hasta yoğunluğu, personel sayısının yetersiz olması gibi etmenler neden olduğu ifade edilmektedir (145).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa Doktor Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinde üç sınıflama sistemine uygun triyaj sistemi uygulanmaktadır. Hastalar

kritik acil olan, acil olan ve acil olmayan şeklinde üçlü sınıflama sistemine uygun şekilde değerlendirilirler.

Kritik Acil Olan Hastalar: Bu sistemde hastaların sağlık problemleri, yaşam bulguların anormal olması veya bozulmuş olması, sağlık sorunu ya da trafik kazası meydana gelmesinden kaynaklı yaralanma gibi aniden ortaya çıkan ve hayati organları veya vücut bütünlüğünü tehdit eden bir durum meydana gelmiş hastalara bu kategoride müdahale edilmektedir (146). Öncelikli durumdaki hasta hızlı bir şekilde değerlendirilip ihtiyacı olan tıbbi müdahalesi yapılırsa morbidite ve mortalite oranlarında azalma oluşur. Bu triyaj koduna gelen hastaların her zaman diğer hastalardan önceliği bulunmakta ve hızlı bir şekilde tıbbi müdahale yapılması gerekmektedir (147).

Acil Olan Hastalar: bu sınıflama sistemine hastaların yaşam bulgularını tehdit edebilecek veya tıbbi tedavi yapılmadığı durumlarda bireyin ölüm ya da sakatlık durumları ile karşı karşıya kalabilecek hastaların alındığı sınıflama sistemidir. Bu hastalara tıbbi müdahalenin gecikmesi durumunda hasta ölüm veya sakatlanma durumu ile karşı karşıya kalır. Bu grubun içinde yer alan hastalar sarı renk ile kodlanırlar. Bu hasta grubunun tıbbi müdahalenin yapılması gerekir, bir saat içerisinde değerlendirilip tıbbi müdahalenin yapılması önem arz ettiği belirtilmektedir (148). Turuncu ve sarı alan olarak nitelendirdiğimiz bu alana en çok KOAH, astım, kalp yetmezliği, diabetes mellitus, hipertansiyon gibi kronik hastalığı olan bireylerin başvurduğu ifade edilmektedir. Bu hastalıklar arasında ilk sırada KOAH ve astım hastalığı olan bireylerin daha fazla başvurduğu bunun nedeni olarak KOAH alevlenmesi ve astım ataklarının gelişmesi nedeni ile başvurdukları belirlenmiştir. Turuncu ve sarı alana alınan bu hastalara kronik hastalıkların özelliklerine göre tedavi

girişimleri yapılmaktadır. Bu girişimlerin başında bronkodilatör, kortikostreoid ve antibiyotikleri içeren tedavi yöntemleri kullanıldığı belirtilmektedir (149).

Acil Olmayan Hastalar: bu sistemde insan yaşamını ya da vücut bütünlüğünü tehdit eden bir sağlık probleminin olmadığı sınıflama sistemidir. Hasta hekim muayene edinceye kadar uzun süre bekletilebilir ya da birinci basamak sağlık kuruluşuna yönlendirilebilir. Bu gruptaki hastalar ise yeşil renk kodu ile kodlanmaktadır. (148).

Tablo 1: T.C. Sağlık Bakanlığı Renk Tanımlı Triyaj Uygulaması (150)

Renk Düzeyi	Durum	Değerlendirme Süresi	Yeniden Değerlendirme	Değerlendirme Yeri	Girişimsel Örneklemeler
Kırmızı Düzey 1	Çok Acil	Hemen Müdahale	Devamlı Kontrol	Yeniden Değerlendirme Travma Odası	-Kardiyak Arrest -Şok -Majör Travma -Solunum Yetmezliği -Bilinç Bozukluğu
Turuncu Düzey 2	Acil	0-15 Dakika	15. Dk. Bir Kontrol	Yeniden Değerlendirme Travma Odası	-Kafa ve Şiddetli Travma -Yeni Doğan -Göğüs Ağrısı -CVO Şüphesi v.b -Burun akıntısı
Sarı Düzey 3	Acele	30-60 Dakika	60 Dk. Bir Kontrol	Muayene Odaları Küçük Cerrahi Girişim Odası	-ÜSYE -Orta derece ağrı v.b
Yeşil Düzey 4	Az Acil	1-2 Saat	60 Dk. Bir Kontrol	Muayene Odaları Küçük Cerrahi Girişim Odası	-Sistit -Boğaz ağrısı -Abse v.b.
Mavi Düzey 5	Acil Olmayan	2-4 Saat	240 Dk. Bir Kontrol	Muayene Odaları Küçük Cerrahi Girişim Odası	-Rutin Fiziki Muayene -Sütur Alınması

Özşaker ve arkadaşlarının (2011) acil servise mürakat eden yaşlı hastaların tanımlayıcı özellikleri ve başvuru nedenlerini incelemek amacıyla yaptıkları araştırmada en çok kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin başvurduğunu ifade etmişlerdir (151). Yine Yıldız ve Bilgili (2016) çalışmalarında yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylerin %87,3 gibi yüksek bir oranda birden fazla kronik hastalığa sahip oldukları, %38,6'sının da ilk olarak acil servise başvuru yaptıklarını belirlemişlerdir

(136). Acil servis gibi yoğun olan alanlarda çalışan sağlık profesyonellerinin kronik hastalığı olan bireylerin hangi Őikayetler ile başvurdukları hakkında bilgi sahibi olmaları önemlidir. Acil servis hemşirelerinin kronik hastalıklar ile ilgili yüksek farkındalığı, hastaların ihtiyaçlarına uygun bakımın karşılanmasında ve gerekli destek yöntemlerinin geliştirmesinde önem arz etmektedir.

Kronik hastalığı olan bireylere Aile hekimliği, sağlık evleri gibi birinci basamak sağlık hizmetleri veren kuruluşlarda bakım daha kaliteli verilebileceği durumlarda; hastaların acil servise gelmesi ve gereksiz hasta yatışları, sağlık hizmetleri hem ekonomik hem de sağlık profesyonellerinin verdikleri bakım kalitesini önemli ölçüde azaltmakta ve hastaların bakım memnuniyetlerini önemli derecede olumsuz yönde etkilemektedir (152). Bu nedenle hastaların kendi bakımlarını yönetmeleri için birinci ve ikici basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık profesyonelleri hastaların hastalıklarını nasıl yöneteceği konusunda eğitim yolu ile komplikasyonların oluşmaması için ilaçlarını düzenli alması gerektiğini, bakımlarını düzenli yapmaları gerektiğini, kontrollerini düzenli yapmaları gerektiğini anlattıktan sonra hasta takibini düzenli yapmaları hem acil servis başvuru sayısında azalmaya hemde hastaların bakım memnuniyetine ilişkin bakış açısını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir (153).

Sağlık profesyonelleri kronik hastalığı olan bireylerin kendi bakımlarına katılmalarını sağlamaları, bireylere bütüncül bakım sağlamaları, sağlık çıktılarının iyileştirilmeleri, sağlık ekibinin içerisinde iletişimin güçlendirilmesi gibi faktörler bireylerin hastalıklarını düzenli bir şekilde yönetmelerine ve aldıkları bakımdan memnuniyet duymaları gibi pek çok olumlu sonucu da beraberinde getirebileceği ifade edilmektedir (154). Kendi kendine bakımın hemşire ve hasta ile birlikte planlanması, kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarını kolay bir şekilde yönetmelerine, bakımlarını bağımsız bir şekilde yapmalarına ve sağlık kurumlarına tekrar başvurmayı

önlemektedir. Bu nedenle hastaların bakım ihtiyaçlarına göre popölasyon risk sınıflandırılmasının yapılması, ve bu sınıflandırmaya dayanarak kaynak oluşturulması; bireye özel ve hasta merkezli bakımın planlanması, hastaların aldıkları bakımdan memnuniyet duymaları için önem arz etmektedir (155).

2.8 Bakım Memnuniyeti

Bakım memnuniyeti; Amerikan Hemşireler Birliğinin (ANA) tanımına göre, kusursuz ve bütüncül hemşirelik bakımı ile hasta bireylerin gerçekte almış olduğu bakımın uyumu ile gerçekleştiğini ifade etmiştir (156). Hemşirelerin, hasta bireylerle uzun süreli iletişim kurma fırsatının olması, bakım memnuniyetinin sağlanmasında önemli rol oynamaktadır. DSÖ bakım memnuniyetini, hastaların gereksinimlerinin sürekli takip edilerek giderilmesi ile mümkün olduğunu belirtmektedir. Bireylerin bakım beklentisi düşük seviyede olduğu zaman, hemşirelerin vermiş oldukları bakımdan bağımsız olarak, aldıkları bakımdan memnun olabilir. Hasta bireylerin kaliteli hemşirelik bakımı hakkında bilgi sahibi olması, alınan bakımın değerlendirilmesinde etkilidir (157).

Bakım memnuniyeti, hasta bireylere hemşireler tarafından verilen bakımın kaliteli olup olmadığının farkına varılmasıdır. Hastanın bakım sürecine etkin bir şekilde katılımının sağlanması iyileşme sürecini hızlandırırken, aynı zamanda pozitif yönde etkiler (158). Bakım memnuniyeti bir çok faktör tarafından etkilenmektedir; Bu faktörler,

Hastaya ait;

- Hastanın kişisel özellikleri
- Eğitim düzeyi,
- Gelir seviyesi,
- Cinsiyet,

- İş geçmişi,
- Dil,
- Din ve ırk,
- Yaşadığı bölge,
- Sağlık durumu,
- Hastalığın akut ya da kronik olması,
- Hastanın sağlığını benimsemesi bakım memnuniyetini önemli derecede etkilemektedir.

Hasta bireylere bakım veren hemşirelere ait;

- Hemşirelerin kişilik özellikleri,
- Hasta ve ailesine karşı profesyonel yaklaşımlar,
- Bilgi ve becerilerin sunulma şekli,
- Hasta ve ailesi ile kurulan iletişim gibi faktörler sağlık profesyoneline ait bakımı etkileyen faktörlerdir (158).

Çevresel veya hastaneden kaynaklanan faktörler incelendiğinde, sağlık kuruluşunun kolay bir şekilde ulaşılabilir olması, fiziki koşulları, otopark, besin hizmetlerinin kaliteli ve ekonomik olması, bakım memnuniyetini etkileyen önemli faktörlerden olduğu belirtilmektedir (159).

Günümüzde acil servis başvurularına bakıldığında, bir veya birkaç kronik hastalık semptomu veya komplikasyonları nedeniyle başvuran hasta sayısının yüksekliği dikkati çekmektedir. Literatür incelendiğinde, acil servise kronik hastalığı nedeniyle gelen hastaların, öz-etkililik tutumlarının acil serviste aldıkları bakım hakkındaki görüşleri ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Acil servisler hastaların sağlık sistemi ile ilk karşılaştıkları ve ihtiyaçları doğrultusunda bakım aldıkları önemli birimlerdir. Bu servislerde yaşanan hasta yoğunluğu zaman

zaman talep edilen bakımla alınan bakım arasında dengesizlikler oluşturabilmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarının acil servislerde kronik hastalıkları nedeniyle gelen hastalara verilen bakımın planlanmasına ve uygulanmasına yönelik veri sağlayacağını düşünmekteyiz.

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, acil servise başvuran farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik tutumlarının, kronik hasta bakımının değerlendirilmesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel ve korelasyonel araştırma deseninde yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma KKTC Sağlık Bakanlığına bağlı Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Acil Servisinde 2020 yılı (ocak, şubat, mart) üç aylık sürede gerekli izinler alındıktan sonra yapılmıştır.

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Acil Servisi, ambulans girişi ve ayakta gelen hastaların başvurduğu giriş olmak üzere iki girişe sahiptir. Klinikte Hastaların önceliklerini belirlemek için 5'li triyaj sistemi kullanılmaktadır. Acil serviste, hızlı müdahale yapılması gereken işlemler için kırmızı oda, acil olup bekleyebilen hastaların yanı sıra ayakta tedavi işleminin de sağlandığı turuncu oda ve 2 müşahade odası bulunmaktadır. Yetişkin hastalar için 10, çocuklar için 6 yataklı gözlem odalarının dışında, 1 doktor ve hemşire dinlenme odası bulunmaktadır. Acil serviste tıbbi tedavi, ikisi acil tıp uzmanı, toplamda 23 doktorla (8-16, 16-24 ve 24-08 şeklinde üç vardiya) ve bakım hizmetleri 24 hemşire ile (3 vardiya olacak şekilde 07:00-14:00, 14:00-21:00 ve 21:00-07:00) hizmet verilmektedir. Ayrıca farklı branşlardan dönüşümlü olarak nöbete kalan doktorların katılımıyla; plastik cerrahi,

nükleer tıp, dermatoloji uzmanları, pratisyen hekim, kulak burun boğaz, üroloji, kardiyooloji, nöroloji ve fizik tedavi, diyaliz asistanları ile sağlık hizmeti sunumu sürdürölmektedir.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

KKTC Sağlık Bakanlığına bağlı Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Acil Servisine 2018 Haziran- 2019 Mayıs ayları arasında 147.690 hasta başvuruda bulunmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir. Acile başvuran hastaların başvuru nedenleri ve tanılarına göre sınıflanmış herhangi bir veri, hastanenin bilgi işlem biriminden temin edilememiştir. Araştırma; etik ve kurum izinleri alındıktan sonra, hasta başvurusunun en yüksek olduğu ve yıl ortalamasını temsil ettiği düşünölen Ocak, Şubat ve Mart ayları içerisinde acil servise başvuran, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uygun 270 hasta ile tamamlanmıştır.

3.4 Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde,
- 6 ay ve daha uzun süredir kronik hastalığı olan,
- Türkçe konuşabilen,
- Araştırma yönergelerini duyup anlama yeteneğine sahip,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden ve
- Sarı/turuncu, yeşil, mavi, triyaj kategorisine sahip olanlar,
- Kırmızı triyaj kategorisinde olanlar araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.5 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçekleri puanları.

Bağımsız Değişken: Kronik hastalığı olan bireylerin tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir algısı, hastalıkları ile ilgili bilgiler ve günlük yaşam davranışlarını içeren bilgiler v.b.)

3.6 Veri Toplama Araçları

- Hasta Tanıtım Formu
- Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği
- Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği

3.6.1 Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan, Hasta Tanıtım Formu; yaş, cinsiyet, eğitim, gelir algısı, medeni durum vb. tanıtıcı özelliklerini ve hastalığın tanı süresi, kronik hastalık sayısı, hastalık/ları ile ilgili bilgilerine ait görüşleri ve günlük yaşam alışkanlıklarını içeren 23 ve iyilik halinin sorgulandığı bir, toplam 24 sorudan oluşmaktadır (Ek I).

3.6.2 Kronik Hastalıklarda Öz-etkililik Ölçeği Formu (KHÖ-EÖ)

Kronik Hastalıklarda Öz-etkililik Ölçeği orijinal formu, Lorig ve arkadaşları (2001) tarafından kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik algılarını ölçmek için geliştirilmiştir (192). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ceyhan (2015) tarafından yapılmıştır (160). Ölçek, 30 madde ve 10 alt boyuttan oluşmaktadır. 1 den 10 kadar artan likert tipi bir ölçektir. Ölçek, üç kavramdan oluşmaktadır. Kavramlar ve onların alt boyutları aşağıda belirtilmiştir.

Birinci Kavram: “Öz-yönetim davranışlarını gerçekleştirmede Öz Etkililik”

1. Düzenli spor yapmak (üç soru),
2. Hastalığı hakkında bilgi almak (bir soru),
3. Toplum, aile ve arkadaşlardan yardım almak (üç soru),

4. İkinci Kavram: “Genel Öz-Etkililik”

5. Hekim ile iletişim kurmak (üç soru),
6. Genel olarak hastalığı yönetmek (dört soru),
7. *Üçüncü Kavram: “Sonuçlara Ulaşmada Öz-Etkililik”*
8. Gündelik işleri yapmak (iki soru),
9. Sosyal/eğlence etkinliklerine katılmak (iki soru),
10. Semptomlarla başa çıkmak (beş soru),
11. Nefes darlığı ile başa çıkmak (bir soru) ve
12. Depresyon ile başa çıkmaktır (altı soru)’dan oluşmaktadır.

Kronik hastalıklarda öz-etkililik ölçeği 1 puandan, 10 puana kadar artan kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik algısını belirleyecek şekilde oluşturulmuştur. Bireyin ölçekte sorulan sorularda “hiç güvenim yok” 1 puan, “tamamen güvenim var” 10 puan olarak değerlendirilmektedir. Bireyin ölçekten aldığı toplam puanı, madde sayısına bölünerek ortalama bir öz-etkililik skoru bulunur. “Eğer bu skor 7’nin altında ise, başarısızlığı önlemek için stratejilerin ve problem çözmenin yeniden değerlendirmesi gerektiği anlamına gelmektedir. Skor, 7 ve üzerinde ise bireyin hastalığına ilişkin öz-etkililiğinin yüksek olduğu ve düşüncelerini başarabileceği anlamına gelmektedir”(160).

Ölçeğin toplam ve alt boyutlarının Cronbach α katsayıları 0.77 – 0.92 sınırları arasında bulunmuştur. Çalışmamızda da Cronbach α değeri ,978 olarak saptanmıştır.

3.6.3 Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (KHBDÖ)

Kronik hastalık bakımının hastalar tarafından değerlendirilmesini sağlayan Glasgow ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilen ölçeğin (Patient Assessment of Care for Chronic Conditions-PACIC) (193), Türkçe geçerlik ve güvenirliği İncirkuş ve Nahçıvan (2011) tarafından yapılmıştır (113).

Kronik hastalara sunulan sağlık bakım hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesine izin veren, sunulan bakımı ekip yaklaşımı doğrultusunda ele alan bir ölçek olmasının yanı sıra, sağlık ekibinin kronik bakım modelini uygulamalarına entegre etmelerinde; sunulan bakımın düzenli, objektif ve tarafsız raporlandırılmasında; hastaların bakış açılarını tanılamada yardımcı olan, hasta merkezli bir araçtır. Ölçek, kronik hastalık bakımını hasta perspektifinden değerlendiren 20 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar: Hasta katılımı (1-3), Karar verme (4-6), Amaç belirleme/rehberlik (7-11), Problem çözme (12-15), İzlem/koordinasyondur (16-20). Ölçeğin toplam puanı 20 maddenin ortalaması ile hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı, 1=hiçbir zaman, 2 = nadiren, 3 =bazen, 4=çoğu zaman ve 5= her zaman şeklinde, 5’li likert tipi bir derecelemeyle ölçölür. Ölçek puanlarındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir. Ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi=0,85, madde toplam puan korelasyonları 0,46 ile 0,69 arasında olduğu ve Cronbach alfa katsayısı ise 0,91 olduğu ifade edilmiştir. Bizim çalışmamızda da ölçeğin Cronbach alfa değeri .091 olarak saptanmıştır.

3.7 Veri Toplama Süreci

Araştırma verilerinin toplanmasına etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra başlanmıştır. Dr. Burhan Nalbantoğu Devlet Hastanesi acil servisine başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun bireyler, acil gözlem odasında yatağına alındıktan sonra, “kendini hazır hissettiğini” ifade ettiğinde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı ve anketin uygulama süresi açıklanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan ‘Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu’ ile yazılı onamları alındıktan sonra, veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile izlem odasında hastalar

yataklarında iken toplanmıştır. Veriler 2020 yılı Ocak, Şubat Mart aylarında araştırmacının acil serviste çalıştığı saatler ve nöbet sonrası izin günlerinde, acil servise başvuran hastalara uygulanmıştır. Üç aylık sürede toplam 270 kronik hastalığı olan bireyle araştırma tamamlanmıştır.

3.8 Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmadan elde edilecek veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS (25.0) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerde elde edilen verilerin genel dağılımına bakıldığında kullanılan ölçeklerin tamamının normal dağılım özelliği sergilemediği görülmüştür. Bu sonuca göre verilerin analizinde non-parametrik teknikler kullanılmıştır. Yani ikili grupların karşılaştırılmasında “**Mann Whitney U Testi**” tekniği, üç ve üçten fazla grupların karşılaştırılmasında ise “**Kruskal-Wallis H Testi**” tekniği kullanılmıştır. “**Kruskal Wallis H Testi**” sonuçları anlamlı çıktığında ise hangi gruplar arasında anlamlı farklılıklar vardır sorusunun test etmek içinde “**Mann Whitney U Testi**” tekniği kullanılmıştır İki grup arasında anlamlı farklılık çıktığında Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. İki ölçeğin puanları arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Spearman Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Araştırmada istatistiksel anlamlılık $p<,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9 Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sonuçları Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Acil Servisine başvuran hastalara genellenebilir. Araştırma Kuzey Kıbrıs’ın en büyük devlet hastanesinde yapılmış olmasına rağmen, sadece tek bir devlet hastanesini kapsamaması, adada bulunan özel ve üniversite hastanelerinin acil servislerinin çalışmaya dahil edilmemiş olması bir kısıtlılık olarak görülebilir. Ayrıca acil serviste kırmızı triyaj kategorisine ayrılan hastaların da çalışmadan dışlanmış olmasına rağmen, acil

servise başvuran hastaların endişe düzeylerinin yüksek olabileceği düşünüldüğünde, çalışma sonuçlarının bu durumdan etkilenmiş olma ihtimali, bir diğer kısıtlılık olarak kabul edilebilir.

3.10 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için;

- Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan Sağlık Etik Alt Kurul onayı (Ek-5),
- Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Etik Kurul onayı (Ek-6),
- Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi kurum ve servis sorumlusu çalışma izni (Ek-7),
- Kronik hastalığı olan bireylerden “Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu” (Ek-1),
- Kronik Hastalıklarda Öz-etkililik Ölçeği kullanma izni yazarlarından e-mail yoluyla alınmıştır (Ek-8),
- Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu kullanma izni yazarlarından e-mail yoluyla alınmıştır (Ek-9).

3.11 Araştırma Takvimi



Şekil 3: Araştırma Takvimi Akış Şeması

Bölüm 4

BULGULAR

Tablo 2: Acil Servise Başvuran ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve KHÖ-EÖ Ortalama Puanları:(n:270)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)	X±Ss	Min-Max
Hastanın Triyaj Kategorisi				
Turuncu	85	31,5	4,90±1,82	1,50-9,90
Sarı	185	68,5	5,74±1,80	1,50-9,80
Beden Kitle İndeksi (BKİ) Ortalaması		28,53		
±5,61				
Normal	73	27,0	5,26±2,00	1,60-9,80
Kilolu	125	46,3	5,63±1,64	1,50-9,50
Obez	41	15,2	5,70±2,06	1,90-9,70
Morbid Obez	31	11,5	5,15±1,92	1,90-9,90
Cinsiyet				
Kadın	133	49,3	5,14±1,85	1,50-9,90
Erkek	137	50,7	5,81±1,79	1,70-9,80
Yaş Ortalaması		65,60 ±16,06		
44 Yaş ve Altı	27	10,0	7,19±1,06	5,20-8,90
45-64 Yaş	92	34,1	6,23±1,42	2,60-9,90
65 Yaş ve Üstü	151	55,9	4,72±1,80	1,50-9,80
Eğitim Durumunuz				
Okuma Yazma Bilen	14	5,2	5,48±1,11	3,80-7,70
İlkokul	131	48,5	4,99±1,92	1,50-9,80
Ortaokul	47	17,4	5,53±1,85	1,70-9,90
Lise	48	17,8	6,13±1,46	2,10-8,70
Yüksek Okul	30	11,1	6,51±1,68	2,40-8,90
Medeni Durumu				

Evli	205	75,9	5,59±1,79	1,60-9,80
Bekâr	65	24,1	5,13±2,23	1,50-9,90
Çalışma Durumu				
Tam Zamanlı Çalışan	53	19,6	6,90±1,05	4,40-8,90
Yarı Zamanlı/ Mevsimlik	15	5,6	5,96±1,73	1,50-8,30
Çalışmıyor	54	20,0	5,11±1,69	1,90-8,00
Emekli	148	54,8	5,05±1,88	1,50-9,90
Gelir Durumu				
Gelirim Giderimden Az	88	32,6	5,06±1,75	1,60-9,90
Gelirim Giderime Denk	139	51,5	5,64±1,89	1,50-9,80
Gelirim Giderimden Fazla	43	15,9	5,80±1,80	2,00-8,10
Birlikte Yaşadığınız Kişi				
Yalnız Başıma	65	24,1	5,12±2,12	1,70-9,90
Eşim/Eş Çocuk	171	63,3	5,96±1,51	1,70-9,80
Çocuğumun Ailesi İle	9	3,3	4,97±1,46	1,60-6,20
Arkadaşım/Akraba	25	9,3	3,16±1,32	1,50-6,40

Araştırmaya katılan ve kronik hastalığı olan bireylerin kişisel özellikleri incelendiğinde; %68,5'inin sarı triyaja başvurduğu, % 46,3'ünün BKİ kilolu olduğu ($BKİ_{ort} = 28,53 \pm 5,61$), %50,7'sinin erkek, %55,9'unun 65 yaş ve üstünde olduğu, yaş ortalamasının $65,60 \pm 16,16$, % 48,5'inin ilkokul-mezunu, % 75,9'unun evli, % 74,4'ünün iki ve üstü çocuğa sahip olduğu, % 54,8'inin emekli, % 51,5'inin geliri giderine denk olduğu, % 63,3'ünün eşi/eş çocuk birlikte yaşadığı, % 65,9'unun sigara içmediği, sigara içenlerinin % 36,3'ünün 11-20 yıl arasında sigara içtiği, % 94,5'inin gün içinde 11 ve üstü sayıda sigara tükettiği, % 82,6'sının alkol tüketmediği, alkol tüketenlerinin % 72,7'sinin 1-5 yıl arasında alkol tükettiği, % 100'ünün her gün alkol tükettiği belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırmamıza katılan bireylerin KHÖ-EÖ ortalamaları incelendiğinde sadece 44 yaş ve altında olan bireylerin ölçek ortalamasının $7,19 \pm 1,06$ yani kronik

hastalıklara ilişkin öz-etkililik düzeylerinin yüksek olduğu, en düşük ortalamanın ise $3,16 \pm 1,32$ arkadaş ya da akrabaları ile birlikte yaşayan bireylere ait olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3: Acil Servise Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve KHÖ-EÖ Ortalama Puanları ($n:270$)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)	X±Ss	Min-Max
Kronik Hastalığınız*				
Kronik Kalp Yetmezliği	66	24,4		
Hipertansiyon	161	59,6		
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	35	13,0		
Diyabet	104	38,5		
Kronik Böbrek Yetmezliği	14	5,2		
Artrit	2	0,7		
İlk Teşhis Konulan Yıl Ortalaması				
13,47±9,93				
1-5 Yıl Arası	79	29,3	6,36±1,61	2,40-9,50
6-11 Yıl Arası	58	21,5	6,29±1,24	2,80-9,70
12 Yıl Ve Üzeri	133	49,3	4,60±1,79	1,50-9,90
Hastalığınız İle İlgili Bilginiz Var mı?				
Evet	114	42,2	6,75±1,51	2,70-9,90
Kısmen	75	27,8	5,02±1,69	1,50-8,90
Hayır	81	30,0	5,08±2,37	1,60-9,50
Hastalığınıza Yönelik Bir Egzersiz Programı Uyguluyor musunuz?				
Evet	22	8,1		
Bazen	64	23,7		
Hayır	184	68,1		
Hastalığınıza Yönelik Bir Beslenme Programı Uyguluyor musunuz?				
Evet	131	48,5		
Bazen	88	32,6		
Hayır	51	18,9		
Hastalık Nedeni İle Kişisel Bakımınızı/İhtiyaçlarınızı Karşılayamadığınız Oluyor mu?				
Evet	101	37,4		
Bazen	110	40,7		
Hayır	59	21,9		
Hastalığınız Yapmayı Planladığınız İşlere Engel Oluyor mu?				
Evet	119	44,1		
Bazen	104	38,5		
Hayır	47	17,4		

Hastalığınız Nedeniyle Son 6 Ayda Hastaneye (Acil Servise) Başvurdunuz mu?				
Evet	219	81,1		
Hayır	51	18,9		
Acil Servise Kaç Kez Başvurdunuz (n:219)				
Bir Kez	30	13,7	6,07±1,63	2,60-8,30
2-3 Kez	90	41,1	6,04±1,52	1,90-8,90
4 kez ve Üzeri	99	36,7	4,49±1,77	1,50-8,90
Hastaneye (Acil Servise) Gidilme Ortalaması				
3,74±2,26				
Hastaneye Kaç Kez Yatırıldınız (n:125)				
Bir Kez	55	44,0	5,22±1,73	1,90-8,70
İki Kez	43	34,4	4,43±1,75	1,50-8,10
Üç Kez	16	12,8	3,85±1,63	1,50-5,90
4 Kez Ve Üzeri	11	8,8	4,07±1,58	1,70-7,20
Sağlığınızı Nasıl Algılıyorsunuz				
İyi	82	30,4	7,01±1,11	3,30-9,70
Orta	136	50,4	5,42±1,40	2,00-9,90
Kötü	52	19,2	3,22±1,39	1,50-6,90

* Her kronik hastalık değişkeni kendi içinde değerlendirilmiş olup frekans ve yüzde (270/100) değerlerine göre alınmıştır

Araştırmaya katılan ve kronik hastalığı olan bireylerin; % 31,9'unun, 18 yıl ve üzeri yıldan beri en az bir kronik hastalık tanısı aldığı (**İlk Teşhis**_{ort}= 13,47 ± 9.93), % 59,6'sının hipertansiyonu, % 38,5'inin diyabeti, % 24,4'ünün kronik kalp yetmezliği, % 38,5'inin kronik akciğer hastalığı olduğu, % 42,2'si hastalığı ile ilgili eğitim aldığı, % 67,8'i eğitimi doktordan aldığı, % 67,8'i hastalığı ile ilgili aldığı eğitimi kısmen yetersiz olduğunu, % 68,1'i hastalığına yönelik egzersiz programı uygulamadığı, % 48,5'inin hastalığına yönelik beslenme programı uyguladığı, % 40,7'si hastalığı nedeni ile bazen kişisel ihtiyaçlarını karşılayamadığı, % 44,1'inin hastalığının yapmayı planladığı işleri yapmasına engel olduğu, % 81,1'inin son altı ayda hastaneye başvurduğu, son altı ayda hastaneye başvuranların % 41,1'inin 2-3 kez hastaneye gittiği (**Hastaneye Gidilme**_{ort}= 3,74 ± 2,26), % 44,0'ü kronik hastalığı nedeni ile bir kez hastaneye yattığı ve % 50,4'ü ise sağlığını orta düzeyde algıladıklarını ifade

etmişlerdir. Ayrıca araştırmamıza katılan bireylerin öz-bakım ortalamaları incelendiğinde en yüksek ortalamanın $7.01 \pm 1,11$ ile sağlığını iyi algılayanlara ve hastalıkları ile ilgili bilgi sahibi olanlara $6,75 \pm 1,51$ ait olduğu, en düşük ortalamanın ise $3,22 \pm 1,39$ sağlığını kötü algılayan bireylerin olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4: Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği ile Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarına Ait İç Tutarlılık Katsayısı Sonuçları (n:270)

Ölçek Ve Alt Boyutları	Cronbach's Alpha Değeri	Soru Sayısı
Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Genel	.978	30
Boyut 1: Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma	,950	3
Boyut 2: Hastalık Hakkında Bilgi Alma*	---	1
Boyut 3: Toplum, Aile Ve Arkadaşlardan Yardım Alma	,912	3
Boyut 4: Doktorla İletişim	,957	3
Boyut 5: Genel Hastalık Yönetimi	,928	4
Boyut 6: Ev İşlerini Yapma	,965	2
Boyut 7: Sosyal/Eğlence Aktiviteleri	,966	2
Boyut 8: Semptomlarla Başa Çıkma	,962	5
Boyut 9: Nefes Darlığı İle Başa Çıkma*	---	1
Boyut 10: Depresyonu Yönetme/Kontrol	,965	6
Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Genel	.906	20
Boyut 1: Hasta Katılımı	,602	3
Boyut 2: Karar Verme	,691	3
Boyut 3: Amaç Belirleme	,760	5
Boyut 4: Problem Çözme	,782	4
Boyut 5: İzlem\ Koordinasyon	,785	5

*İki alt boyuttaki madde sayıları 1'er adet olduğu için iç tutarlılık katsayıları hesaplanamamıştır.

Sonuç olarak tablo 4'e bakıldığında gerek kronik hastalıklarda öz-etkililik ölçeği gerekse kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeğindeki bütün maddelerin aynı özelliği ölçtüğü söylenebilir, daha açık ifadeyle kronik hastalıklarda öz-etkililik ölçeği gerekse kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeğinin ve alt boyutlarının ölçtüğü özellik ve özellikler homojendir. Bu sonuçlara göre, kronik hastalıklarda öz-etkililik

ölçeği ve kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği genel ve alt boyutları güvenilir bir ölçüm aracıdır (Tablo 4).

Tablo 5: Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği ile Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarına Ait Normallik Testi Sonuçları (n:270)

Ölçekler	n	z Değeri	r Değeri
Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Genel	270	,060	,021
Boyut 1: Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma	270	,185	,000
Boyut 2: Hastalık Hakkında Bilgi Alma	270	,138	,000
Boyut 3: Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma	270	,109	,000
Boyut 4: Doktorla İletişim	270	,117	,000
Boyut 5: Genel Hastalık Yönetimi	270	,100	,000
Boyut 6: Ev İşlerini Yapma	270	,153	,000
Boyut 7: Sosyal/Eğlence Aktiviteleri	270	,142	,000
Boyut 8: Semptomlarla Başa Çıkma	270	,058	,027
Boyut 9: Nefes Darlığı İle Başa Çıkma	270	,119	,000
Boyut 10: Depresyonu Yönetme/Kontrol	270	,071	,002
Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Genel	270	,097	,000
Boyut 1: Hasta Katılımı	270	,188	,000
Boyut 2: Karar Verme	270	,107	,000
Boyut 3: Amaç Belirleme	270	,121	,000
Boyut 4: Problem Çözme	270	,088	,000
Boyut 5: İzlem\ Koordinasyon	270	,096	,000

Araştırmada kullanılan ölçeklerde elde edilen verilerin genel dağılımına bakıldığında kullanılan ölçeklerin tamamının normal dağılım özelliği sergilemediği görülmüştür. Bu sonuca göre verilerin analizinde non-parametrik teknikler kullanılmıştır. Yani ikili grupların karşılaştırılmasında “**Mann Whitney U Testi**” tekniği, üç ve üçten fazla grupların karşılaştırılmasında ise “**Kruskal-Wallis H Testi**” tekniği kullanılmıştır.

“**Kruskal Wallis H Testi**” sonuçları anlamlı çıktığında ise hangi gruplar arasında anlamlı farklılıklar vardır sorusunun test etmek içinde “**Mann Whitney U**

Testi” tekniği kullanılmıştır İki grup arasında anlamlı farklılık çıktığında Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik ile Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçekleri Puanlarına Ait Korelasyon Sonuçları (n:270)

Değişkenler	Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Genel	Boyut 1: Hasta Katılımı	Boyut 2: Karar Verme	Boyut 3: Amaç Belirleme	Boyut 4: Problem Çözme	Boyut 5: İzlem\ Koordinasyon
Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Genel	r:,.475 p:,.000	r:,.381 p:,.000	r:,.479 p:,.000	r:,.430 p:,.000	r:,.284 p:,.000	r:,.287 p:,.000
Boyut 1: Düzenli Spor Yapma	r:,.414 p:,.000	r:,.174 p:,.004	r:,.388 p:,.000	r:,.382 p:,.000	r:,.381 p:,.000	r:,.271 p:,.000
Boyut 2: Hastalık Hakkında Bilgi Alma	r:,.190 p:,.002	r:,.199 p:,.001	r:,.216 p:,.000	r:,.162 p:,.008	r:,.107 p:,.079	r:,.071 p:,.246
Boyut 3: Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma	r:,.295 p:,.000	r:,.282 p:,.000	r:,.362 p:,.000	r:,.290 p:,.000	r:,.139 p:,.022	r:,.094 p:,.123
Boyut 4: Doktorla İletişim	r:,.270 p:,.000	r:,.332 p:,.000	r:,.292 p:,.000	r:,.265 p:,.000	r:,.088 p:,.148	r:,.098 p:,.106
Boyut 5: Genel Hastalık Yönetimi	r:,.430 p:,.000	r:,.412 p:,.000	r:,.388 p:,.000	r:,.366 p:,.000	r:,.233 p:,.000	r:,.290 p:,.000
Boyut 6: Genel İşleri Yapma	r:,.311 p:,.000	r:,.296 p:,.000	r:,.342 p:,.000	r:,.295 p:,.000	r:,.135 p:,.027	r:,.156 p:,.010
Boyut 7: Sosyal/Eğlence Aktiviteleri	r:,.232 p:,.000	r:,.318 p:,.000	r:,.273 p:,.000	r:,.210 p:,.001	r:,.027 p:,.663	r:,.093 p:,.127
Boyut 8: Semptomlarla Başa Çıkma	r:,.445 p:,.000	r:,.321 p:,.000	r:,.456 p:,.000	r:,.425 p:,.000	r:,.261 p:,.000	r:,.270 p:,.000
Boyut 9: Nefes Darlığı İle Başa Çıkma	r:,.418 p:,.000	r:,.268 p:,.000	r:,.380 p:,.000	r:,.376 p:,.000	r:,.364 p:,.000	r:,.285 p:,.000
Boyut 10: Depresyonu Yönetme/Kontrol	r:,.492 p:,.000	r:,.382 p:,.000	r:,.486 p:,.000	r:,.396 p:,.000	r:,.338 p:,.000	r:,.331 p:,.000

r: Sperman's Rho Korelasyon Katsayısı

Araştırmaya katılan ve kronik hastalığı olan hastaların “KHBDÖ” **genel** puanları ile hastaların “KHÖ-EÖ” hastalık hakkında bilgi alma , toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, doktorla iletişim ve sosyal/eğlence aktiviteleri alt boyut puanları arasında ve ölçeğin” **hasta katılımı** alt boyut puanları ile hastaların “KHÖ-EÖ” düzenli spor yapma , hastalık hakkında bilgi ve toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, genel işleri yapma ve nefes darlığı ile başa çıkma alt boyut puanları arasında ve “KHBDÖ” **karar verme** alt boyut puanları ile “KHÖ-EÖ” hastalık hakkında bilgi alma, doktorla iletişim ve sosyal/eğlence aktiviteleri alt boyut puanları arasında **amaç belirleme** alt boyut puanları ile “KHÖ-EÖ” hastalık hakkında bilgi ve toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, doktorla iletişim , genel işleri yapma ve sosyal/eğlence aktiviteleri alt boyut puanları arasında” **problem çözme** alt boyut puanları ile “KHÖ-EÖ” genel, toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, genel hastalık yönetimi, genel işleri yapma ve semptomlarla başa çıkma alt boyut puanları arasında **izlem\ koordinasyon** alt boyut puanları ile “KHÖ-EÖ” genel , düzenli spor yapma, genel hastalık yönetimi, genel işleri yapma, semptomlarla ve nefes darlığı ile başa çıkma alt boyut puanları arasında **orta düzeyde pozitif doğrusal** bir ilişki vardır. Yani “KHBDÖ” **genel ve hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme, izlem\ koordinasyon alt boyut puanları arttıkça** kronik hastalığı olan hastaların “KHBDÖ” puanları artmaktadır.

Araştırmaya katılan ve kronik hastalığı olan hastaların “KHDBÖ” **genel** puanları ile hastaların “KHÖ-EÖ” hastalık hakkında bilgi ve toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, doktorla iletişim ve sosyal/eğlence aktiviteleri alt boyut puanları arasında ve **hasta katılımı** alt boyut puanları ile hastaların “KHÖ-EÖ” düzenli spor yapma, hastalık hakkında bilgi ve toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma , genel işleri yapma ve nefes darlığı ile başa çıkma alt boyut puanları arasında

ve **karar verme** alt boyut puanları ile “KHÖ-EÖ” hastalık hakkında bilgi alma, doktorla iletişim , sosyal/eğlence aktiviteleri alt boyut puanları arasında **amaç belirleme** alt boyut puanları ile “KHÖ-EÖ” hastalık hakkında bilgi ve toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, doktorla iletişim, genel işleri yapma ve sosyal/eğlence aktiviteleri alt boyut puanları arasında” **problem çözme** alt boyut puanları ile “KHÖ-EÖ” genel toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, genel hastalık yönetimi, genel işleri yapma ve semptomlarla başa çıkma alt boyut puanları arasında **izlem\ koordinasyon** alt boyut puanları ile “KHÖ-EÖ” genel, düzenli spor yapma, genel hastalık yönetimi, genel işleri yapma, semptomlarla ve nefes darlığı ile başa çıkma alt boyut puanları arasında **düşük düzeyde pozitif doğrusal** bir ilişki vardır. Yani KHBDÖ **genel ve hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme, izlem\ koordinasyon alt boyut puanları arttıkça** kronik hastalığı olanların “kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği” puanları artmaktadır (Tablo 6).

Tablo 7: Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği (KHÖ-EÖ) Genel ve Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalama Dağılımı (n:270)

	Değişkenler	Kesme noktası-7	X	Medyan	Ss	Min. Puan	Mak. Puan
Öz-yönetim davranışları	KHÖ-EÖ Genel	5,48	164,5	171,0	55,4	45,0	296,0
	Boyut 1: Düzenli Spor Yapma	3,11	9,35	7,00	6,55	3,00	30,0
	Boyut 2: Hastalık Hakkında Bilgi Alma	6,06	6,06	6,00	1,97	1,00	10,0
	Boyut 3: Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma	6,13	18,4	20,0	6,59	3,00	30,0
	Boyut 4: Doktorla İletişim	7,36	22,1	23,0	6,61	3,00	30,0
	Boyut 5: Genel Hastalık Yönetimi	5,65	22,6	24,0	8,23	4,00	40,0
	Boyut 6: Genel İşler	6,5	12,1	14,0	5,23	2,00	20,0
	Boyut 7: Sosyal/Eğlence Aktiviteleri	7,2	14,4	15,0	4,96	2,00	20,0
	Boyut 8: Semptomlarla Başa Çıkma	5,1	25,5	26,0	10,9	5,00	50,0
	Boyut 9: Nefes Darlığı İle Başa Çıkma	4,06	4,06	4,00	2,36	1,00	10,0
Sonuçlara Ulaşmada Öz-etkililik	Boyut 10: Depresyonu Yönetme/Kontrol	4,93	29,6	30,0	13,4	6,00	60,0

X: ortalama, Ss: standart sapma

Tablo 7 incelendiğinde araştırmaya katılan bireylerin KHÖ-EÖ genel boyutundan aldıkları puan ortalama düzeydedir. Ölçek genel puan ortalaması madde sayısına (30) bölündüğünde 5,48 olduğu yani, kesme noktası olarak verilen 7'nin altında kaldığı görülmektedir. Araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalıklarda öz-etkililik düzeylerinin yeterli olmadığı görülmektedir. Üç kavramdan oluşan ölçekte, her bir kavramın skoruna bakıldığında, çalışmamıza katılan kronik hastalığı olan bireylerin, en düşük puanı, Öz-yönetim Davranışları kavramından aldıkları (5,1), ardından Sonuçlara Ulaşmada Öz-etkililik (5,55) ve en yüksek skoru ise Genel Öz-etkililik (6,5) kavramından aldıkları tespit edilmiştir.

Ölçeğin 10 alt boyutundan, kronik hastalığı olan bireylerin sadece, iki alt boyuttan aldıkları puanların 7 ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir, bunlar; doktorla iletişim (7,36) ve sosyal eğlence/aktiviteleri (7,2)'dir. En düşük puanın düzenli spor yapma (3,11) alt boyutuna ait olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalık yönetiminde önemli role sahip olan fiziksel aktivite yönetiminin yapılamadığını göstermektedir. Daha sonra düşükten yükseğe doğru nefes darlığı ile başa çıkma (4,06), depresyonu yönetme/kontrol (4,93), semptomlarla başa çıkma (5,1), genel hastalık yönetimi (5,65), hastalık hakkında bilgi alma (6,06), toplum aile/arkadaşlardan yardım alma (6,13) ve genel işleri yapma (6,5) şeklinde alt boyutlar sıralanmıştır (Tablo 7).

Tablo 8: Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Sorularına Ait Betimsel İstatistik Sonuçları (n:270)

Sorular	X	Medyan	Ss	Min. Puan	Mak. Puan
1.Aktif-pasif egzersiz, ağırlık kullanma gibi hafif bir şekilde kas güçlendirme veya esnetme çalışmalarını haftada 3 ya da 4 kez yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	3,11	2,00	2,34	1,00	10,00
2.Yürüme, yüzme veya bisiklete binme gibi aerobik egzersizlerini haftada 3 veya 4 kez yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	2,91	2,00	2,24	1,00	10,00
3.Semptomları daha kötü hale getirmeden, egzersiz yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	3,33	3,00	2,27	1,00	10,00
4.Hastalığınız hakkında toplum kaynakların dan bilgi almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	6,07	6,00	1,97	1,00	10,00
5.Alışveriş yapma, yemek pişirme ve ulaşım gibi günlük ihtiyaç duyduğunuz ev işlerinde, aile ve arkadaşlarınızdan yardım almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	6,05	6,00	2,17	1,00	10,00
6.Birinin size dinlemesi ya da sorunlarınız üzerine konuşmada, aile ve arkadaşlarınızdan duygusal destek almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	6,49	7,00	2,39	1,00	10,00
7.Bahçe işleri,yemek hazırlama veya kişisel temizlik gibi günlük işlerinize ilişkin, ihtiyaç duyduğunuzda aileniz veya arkadaşlarınız dışındaki kaynaklardan yardım almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	5,92	6,00	2,55	1,00	10,00
8.Hastalığınız hakkında doktora bir şeyler sormada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	7,30	8,00	2,10	1,00	10,00
9.Hastalığınızla ilgili olabilecek kişisel bir sıkıntınızı açık bir şekilde doktorunuzla paylaşmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	7,46	8,00	2,27	1,00	10,00
10.Hastalığınızın seyrinde farklılıklar yaşadığınızda bunları doktorunuzla çözümlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	7,39	8,00	2,49	1,00	10,00
11.Hasta olma, genellikle hastalığı yönetmek için farklı görev ve aktiviteleri yapmak anlamına gelir. Hastalığınızı düzenli şekilde yönetmek için ihtiyaç duyduğunuz tüm şeyleri yapabilmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	5,74	6,00	2,14	1,00	10,00
12.Sağlık durumunuzu yönetmek adına bir doktora muayene olma ihtiyacınızı azaltmak için gereksinim duyduğunuz farklı görev ve aktiviteleri yapabilmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	5,58	6,00	2,34	1,00	10,00
13.Günlük yaşantınızı etkilememesi sağlık durumunuzdan kaynaklı duygusal gerginliğinizi azaltmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	5,68	6,00	2,10	1,00	10,00
14.Hastalığınızın günlük yaşantınızı etkileme düzeyini azaltmak için sadece ilaç almanın dışında bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	5,68	6,00	2,46	1,00	10,00
15.Sağlık sorunlarınıza rağmen getir götür işlerinizi yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	6,09	7,00	2,50	1,00	10,00
16.Sağlık sorunlarınıza rağmen alışverişinizi yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	6,06	7,00	2,81	1,00	10,00
17.İlgi alanlarınız ve sizi eğlendiren etkinlikleri sürdürmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	7,05	7,00	2,41	1,00	10,00
18.Sosyal ziyaretler ve eğlence gibi arkadaşlarınız ve ailenizle birlikte yapmayı sevdiğiniz aktiviteleri sürdürmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	7,36	8,00	2,63	1,00	10,00
19.Fiziksel rahatsızlığınızı veya ağrınızı azaltmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	5,43	6,00	2,17	1,00	10,00
20.Hastalığınızdan kaynaklı yorgunluğunuzun yapmak istediğiniz şeylerden sizi alkoymasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	5,11	5,00	2,30	1,00	10,00
21.Hastalığınızdan kaynaklanan fiziksel rahatsızlığınızın veya ağrınızın, yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	5,05	5,00	2,39	1,00	10,00

22.Hastalığınızdan kaynaklı herhangi bir başka belirtinin veya sağlık sorununun yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	5,05	5,00	2,41	1,00	10,00
23.Herhangi bir belirtinin veya sağlık sorununun, yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını kontrol ede bilmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	4,90	5,00	2,42	1,00	10,00
24.Nefes darlığınızın, yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	4,07	4,00	2,36	1,00	10,00
25.Yaptığınız herhangi bir şeyin herhangi bir farklılık yaratmadığını gördüğünüzde cesaretinizin kırılmasını engellemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	5,11	5,00	2,10	1,00	10,00
26.Üzgün veya moral yönünden çökmüş hissetmenizi engellemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	4,90	5,00	2,34	1,00	10,00
27.Kendinizi yalnız hissetmenizi engellemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	5,02	5,00	2,49	1,00	10,00
28.Yalnız hissettiğinizde kendinizi daha iyi hissettirecek bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	5,12	5,00	2,37	1,00	10,00
29.Cesaretiniz kırılmış hissettiğinizde kendinizi daha iyi hissettirecek bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	4,83	5,00	2,54	1,00	10,00
30.Üzgün veya moral yönünden çökmüş hissettiğinizde kendinizi daha iyi hissettirecek bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	4,66	5,00	2,64	1,00	10,00

X: ortalama, Ss: standart sapma

Araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireyler KHÖ-EÖ maddelerinden sadece “Hastalığıyla ilgili olabilecek kişisel bir sıkıntısını açık bir şekilde doktoruyla paylaşmada” (7,46), “Hastalığının seyrinde farklılıklar yaşadığında bunları doktoruyla çözümlemede” (7,39), “Sosyal ziyaretler ve eğlence gibi arkadaşları ve ailesiyle birlikte yapmayı sevdiği aktiviteleri sürdürmede (7,36), “Hastalığı hakkında doktora bir şeyler sormada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?” (7,30), sorularından 7 ve üzeri puan aldıkları bu konularda bireylerin öz-etkililik düzeylerinin yeterli olduğu belirlenmiştir. “Nefes darlığının, yapmak istediği şeyleri gerçekleştirmesine engel olmasını önlemede” (4,07), “Semptomları daha kötü hale getirmeden, egzersiz yapmada” (3,33), “Aktif-pasif egzersiz, ağırlık kullanma gibi hafif bir şekilde kas güçlendirme veya esnetme çalışmalarını haftada 3 ya da 4 kez yapmada” (3,11) ve “Yürüme, yüzme veya bisiklete binme gibi aerobik egzersizlerini haftada 3 veya 4 kez yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?” (2,91) sorularından en düşük ortalamalara sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 8). Bu sonuca bakıldığında kronik hastalığı

olanların doktoru ile iletişimi ve sosyal ilişkilerini sürdürmede yüksek bir öz-etkililik düzeyine sahip iken, solunumla ilgili semptomlarla başa çıkmada ve kronik hastalıkların yönetiminde etkili olan egzersizle ilgili öz-etkililik düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 9: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçekleri (KHBDÖ) Genel ve Alt Boyutlarına Ait Betimsel İstatistik Sonuçları (*n*:270)

Değişkenler	X	Medyan	Ss	Min.	Mak.
Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Genel	62,0	60,0	14,33	20,0	100,0
Boyut 1: Hasta Katılımı	11,3	12,0	2,47	3,00	15,0
Boyut 2: Karar Verme	9,55	9,00	2,71	3,00	15,0
Boyut 3: Amaç Belirleme	14,2	13,0	4,49	5,00	25,0
Boyut 4: Problem Çözme	11,7	11,0	3,84	4,00	20,0
Boyut 5: İzlem\ Koordinasyon	15,1	15,0	4,35	5,00	25,0

X: ortalama, Ss: standart sapma

Acil servise başvuran farklı kronik hastalığı olan bireylerin KHBDÖ'ni oluşturan sorulara ait betimsel istatistik sonuçları tablo 9'da verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin KHBDÖ genel boyutundan aldıkları puanın orta düzeyde olduğu görülmektedir. Kronik hastalık bakımının değerlendirilmesinde, bireylerin tedaviye karar verme, amaç belirleme ve problem çözme puanlarının ortalamasının altında kaldığı ve bu aşamalarda yetersiz oldukları saptanmıştır. Bu bağlamda tedavi sürecinde doğru yöntem ve teknikler uygulanması hususunda bireylere tam bir bilgilendirme sağlanmadığı düşünülmektedir (Tablo 9).

Tablo 10: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeğine (KHBDÖ) Ait Betimsel İstatistik Sonuçları (n:270)

İfadeler	X	Medyan	Ss	Min. Puan	Mak. Puan
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	3,87	4,00	0,98	1,00	5,00
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	3,51	4,00	1,30	1,00	5,00
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	4,00	4,00	0,98	1,00	5,00
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	2,89	3,00	1,23	1,00	5,00
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	3,40	3,00	1,02	1,00	5,00
6. Kendi bakımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	3,27	4,00	1,18	1,00	5,00
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	3,18	3,00	1,27	1,00	5,00
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	2,84	3,00	1,22	1,00	5,00
9. Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi.	2,61	2,00	1,31	1,00	5,00
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	2,23	2,00	1,32	1,00	5,00
11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	3,43	4,00	1,13	1,00	5,00
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	2,76	3,00	1,26	1,00	5,00
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	3,04	3,00	1,19	1,00	5,00
14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	2,62	2,50	1,27	1,00	5,00
15. Hastalığımla hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	3,31	4,00	1,22	1,00	5,00
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	2,27	2,00	1,31	1,00	5,00
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	2,40	2,00	1,35	1,00	5,00
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	3,00	3,00	1,27	1,00	5,00
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	3,51	4,00	1,01	1,00	5,00
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	3,93	4,00	0,91	1,00	5,00

X: ortalama, Ss: standart sapma

Araştırmaya katılan Kronik hastalığı olan bireylerin KHBDÖ'den aldıkları en yüksek puanların, İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi (4,00), Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu (3,93), Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı (3,87), Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu/ Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı (3,51), Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu (3,43)

ifadelerinden aldıkları, en düşük puanları ise Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi (2,61), Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim (2,23), Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı (2,17), Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim (2,40), Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi (2,62) gibi ifadeler alındığı belirlenmiştir. Her ifadeden alınabilecek maksimum puanın 5 olduğu ve bireylerin ölçeğin 20 maddesine bakıldığında hiç birinden en yüksek puanın alınamadığı saptanmıştır (Tablo 10). En yüksek puanların tıbbi tedavi ifadelerine ait olduğu görülürken, en düşük puanların kendi kendine hastalığın yönetimi ve hastalık semptomları ile başa çıkabilme becerilerinin kazanılmasını sağlayacak eğitim ve izlem konularından alındığı tespit edilmiştir.

Tablo 11: Acil Servise Başvuran ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalıkları İle Sağlık Durumlarını Algılama Düzeyleri Arasındaki Çapraz Karşılaştırma Sonuçları (n:270)

Özellikler	Değişkenler	Sağlık Durumunu Algılama							
		İyi		Orta		Kötü		Toplam	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Kronik Kalp Yetmezliği	Evet	16	24,2	29	43,9	21	31,8	66	100,0
	Hayır	66	32,4	107	52,5	31	15,2	204	100,0
	Toplam	82	30,4	136	50,4	52	19,3	270	100,0
Hipertansiyon	Evet	53	32,9	76	47,2	32	19,9	161	100,0
	Hayır	29	26,6	60	55,0	20	18,3	109	100,0
	Toplam	82	30,4	136	50,4	52	19,3	270	100,0
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA)	Evet	8	22,9	17	48,6	10	28,6	35	100,0
	Hayır	74	31,5	119	50,6	42	17,9	235	100,0
	Toplam	82	30,4	136	50,4	52	19,3	270	100,0
Diyabet	Evet	31	29,8	59	56,7	14	13,5	104	100,0
	Hayır	51	30,7	77	46,4	38	22,9	166	100,0
	Toplam	82	30,4	136	50,4	52	19,3	270	100,0
Kronik Böbrek Yetmezliği	Evet	1	7,1	9	64,3	4	28,6	14	100,0
	Hayır	81	31,6	127	49,6	48	18,8	256	100,0
	Toplam	82	30,4	136	50,4	52	19,3	270	100,0

Tablo 11’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan ve kronik hastalığı olan bireylerin; kronik hastalığı kalp yetmezliği olan bireylerin %24,2’si sağlık durumunu iyi, %43,9’u sağlık durumunu orta, % 31,8’i sağlık durumunu kötü olarak algılamaktadır. Kronik hastalığı hipertansiyon olan bireylerin %32,9’u sağlık durumunu iyi, %47,2’si sağlık durumunu orta, % 19,9’u sağlık durumunu kötü olarak algılamaktadır. KOAH’ı olan bireylerin % 22,9’u sağlık durumunu iyi, %48,6’sı sağlık durumunu orta, % 28,6’sı sağlık durumunu kötü olarak algılamaktadır. Diabetes Mellitus’u olan bireylerin %29,8’i sağlık durumunu iyi, %56,7’si sağlık durumunu orta, % 13,5’i sağlık durumunu kötü olarak algılamaktadır. Kronik böbrek yetmezliği olan bireylerin %7,1’i sağlık durumunu iyi, %64,3’ü sağlık durumunu orta, % 28,6’sı sağlık durumunu kötü olarak algılamaktadır. Dağılıma göre sağlık durumunu iyi olarak algılayanlar kronik hastalığı hipertansiyon olan (% 32,9) grup iken sağlığını kötü olarak algılayanlar kronik hastalığı kronik kalp yetmezliği olan (%31,8) gruptur (Tablo 11).

Tablo 12: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Puanları

Değişkenler	n	Düzenli Spor Yapma	Hastalık Bilgisi	Toplum, Aile ve Arkadaş	Doktorla İletişim	Genel Hastalık Yönetimi	Genel işleri Yapma	Sosyal Eğlence	Semp. Başa Çıkma	Nefes Darlığı İle Başa Çıkma	Depresyonu Yönetme	Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Genel
		Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.
Hastanın Triyaj Kategorisi												
<i>Turuncu</i>	85	117,93	130,91	116,96	125,11	111,00	110,41	116,05	108,31	105,71	112,55	108,00
<i>Sarı</i>	185	143,57	137,61	144,02	140,27	146,76	147,03	144,44	147,99	149,19	146,05	148,14
İstatistiksel Analiz		U:6369,0 p:012	U:7472,0 p:506	U:6287,0 p:008	U:6979,5 p:137	U:5780,0 p:000	U:5730,0 p:000	U:6209,0 p:005	U:5551,5 p:000	5330,5 p:000	U:5911,5 p:001	U:5525,0 p:000
BKİ				Ortalama:28,53 ±5,61								
^a Normal	73	125,36	132,76	123,38	141,10	131,55	136,14	131,68	123,74	122,15	121,24	124,94
^b Kilolu	125	138,87	140,86	145,19	137,37	143,06	138,54	137,44	140,66	149,05	141,94	142,36
^c Obez	41	142,39	133,41	136,55	136,02	145,85	137,41	149,37	152,52	136,57	145,78	149,18
^d Morbid Obez	31	136,66	123,10	123,56	114,08	100,61	119,18	118,34	119,85	110,89	129,53	114,61
İstatistiksel Analiz		X ² :1,81 p:613	X ² :1,53 p:674	X ² :4,42 p:219	X ² :2,79 p:424	X²:8,28 p:041	X ² :1,58 p:663	X ² :3,06 p:381	X ² :5,40 p:145	X²:9,17 p:027	X ² :4,17 p:243	X ² :5,77 p:123
Fark Sonuçları Bonferroni Düzeltmesi						b>d				b>d		
Cinsiyet												
<i>Kadın</i>	133	126,55	122,26	124,72	120,45	115,01	123,74	127,52	124,12	126,68	125,82	120,39
<i>Erkek</i>	137	144,19	148,35	145,97	150,11	155,39	146,92	143,24	146,54	144,07	144,89	150,17
İstatistiksel Analiz		U:7920,0 p:062	U:7350,0 p:005	U:7676,5 p:025	U:7108,5 p:002	U:6385,5 p:000	U:7546,0 p:014	U:8049,5 p:097	U:7597,5 p:018	U:7937,0 p:064	U:7823,5 p:045	U:7100,5 p:002

Tablo 12’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin KHÖ-EÖ ile triyaj kategorisi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre; triyaj kategorisi gruplarının hastalık bilgisi ve doktorla iletişim alt boyut puanları dışında ölçeğin genel ve diğer alt boyutlarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$). Acil servise kabul triyaj kategorisi sarı olanların KHÖ-EÖ genel, düzenli spor yapma, toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, genel hastalık yönetimi, genel işleri yapma, sosyal/eğlence aktiviteleri, semptomlarla ve nefes darlığı ile başa çıkma ve depresyonu yönetme/kontrol alt boyut puanları triyaj kategorisi turuncu olanlara göre daha yüksektir.

KHÖ-EÖ ile “beden kitle indeksi (BKİ)” gruplarının karşılaştırılmasında BKİ gruplarının sıralama ortalamaları genel hastalık yönetimi ve nefes darlığı ile başa çıkma alt boyut puanları arasında istatistiksel fark bulunmuştur ($p<,05$). Yapılan analizlerin sonucunda bu farklılığın kilolu grubundaki kronik hastalığı olan bireyler ile morbid obez grubundakiler arasında olduğu belirlenmiştir. Kilolu bireylerin genel hastalık yönetimi ($U:1273,0 - p: ,003$) ve nefes darlığı ile başa çıkma ($U:1395,0 - p: ,006$) alt boyut puanları BKİ’si morbid obez grubundaki bireylere göre daha yüksektir (Tablo 12). Ölçeğin genel ve diğer alt boyut puanları ile BKİ grupları arasında herhangi bir fark görülmemiştir ($p>,05$).

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet değişkenine göre; KHÖ-EÖ genel, hastalık hakkında bilgi ve toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, doktorla iletişim, genel hastalık yönetimi, genel işleri yapma, semptomlarla başa çıkma ve depresyonu yönetme/kontrol alt boyut puanlarının sıralama ortalamaları erkeklerin lehine olarak istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<,05$). Erkek hastaların ölçeğin düzenli

spor yapma, sosyal eğence ve nefes darlığı ile baŗa çıkma alt boyutları dıŗında, ölçeğin genel ve diğer alt boyut puanları kadınların puanlarından daha yüksektir (Tablo 12).

Tablo 12.a: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Puanları

Değişkenler	n	Düzenli Spor Yapma	Hastalık Bilgisi	Toplum, Aile ve Arkadaş	Doktorla İletişim	Genel Hastalık Yönetimi	Genel işleri Yapma	Sosyal Eğlence	Semp. Başa Çıkma	Nefes Darlığı ile Başa Çıkma	Depresyonu Yönetme	Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Genel
		Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.
Yaş					Ortalama: 65,60 ±16,06							
^a ≤44 Yaş	27	232,43	179,11	165,54	168,00	206,50	185,22	148,57	206,72	221,41	204,52	210,91
^b 45-64 Yaş	92	156,24	156,84	170,91	162,76	159,05	168,79	164,74	161,85	151,30	162,05	166,55
^c ≥65 Yaş	151	105,53	114,70	108,56	113,08	108,46	106,32	115,34	106,71	110,51	106,98	103,10
İstatistiksel Analiz		X ² :71,1 p: ,000	X ² :26,8 p: ,000	X ² :41,0 p: ,000	X ² :28,4 p: ,000	X ² :48,8 p: ,000	X ² :49,0 p: ,000	X ² :23,9 p: ,000	X ² :53,5 p: ,000	X ² :53,0 p: ,000	X ² :51,9 p: ,000	X ² :65,7 p: ,000
Fark Sonuçları		a>b-c, b>c	c<a -b	c<a -b	c<a -b	a>b-c, b>c	c<a -b	b>c	a>b-c, b>c	a>b-c, b>c	a>b-c, b>c	a>b-c, b>c
Bonferroni Düzeltmesi												
Eğitim Durumunuz												
^a Okuma Yazma Bilen	14	116,07	143,61	149,89	153,89	126,14	152,39	141,82	116,68	132,86	134,93	129,61
^b İlkokul	131	123,56	120,08	119,81	116,55	112,78	120,53	120,15	117,62	119,15	118,19	115,01
^c Ortaokul	47	121,21	133,82	132,21	135,01	144,20	133,19	145,74	135,50	130,17	134,20	133,43
^d Lise	48	149,73	167,56	164,79	174,93	166,56	152,57	155,93	164,22	147,55	152,51	165,63
^e Yüksek Okul	30	196,32	150,37	155,57	147,37	175,75	169,28	150,87	176,42	197,20	186,15	182,77
İstatistiksel Analiz		X ² :25,5 p: ,000	X ² :14,9 p: ,000	X ² :14,6 p: ,000	X ² :21,5 p: ,000	X ² :27,4 p: ,000	X ² :13,5 p: ,000	X ² :10,5 p: ,000	X ² :22,4 p: ,000	X ² :26,4 p: ,000	X ² :21,3 p: ,000	X ² :27,2 p: ,000
Fark Sonuçları		e>a-b-c-d	b<d	b<d	d>b-c	b<c-d-e	b<d-e	b<d	b<d-e	e>a-b-c-d	b<d, e>b-c	b<d-e, c<e
Bonferroni Düzeltmesi												
Medeni Durumu												
Evli	205	136,28	138,73	141,36	139,69	139,92	141,80	139,21	139,13	139,16	138,80	139,97
Bekâr	65	133,05	125,30	117,02	122,28	121,55	115,62	123,79	124,05	123,95	125,09	121,41
İstatistiksel Analiz		U:6503,0 p : ,770	U:5999,5 p:,220	U:5461,0 p:,028	U:5756,0 P:,098	U:5370,0 p:,018	U:5901,5 p:.,163	U:5901,5 p:,018	U:5918,0 p:.,174	U:5911,5 p:,166	U: 5986,0 p:,217	U:5746,5 p:,095
Çalışma Durumu												
^a Tam Zamanlı Çalışan	53	202,36	182,67	171,60	168,60	195,96	179,54	174,24	190,42	189,25	194,05	199,85
^b Yarı Zamanlı ya da Mevsimlik	15	132,90	125,87	169,00	151,73	157,27	166,37	166,40	155,53	162,10	147,50	155,53
^c Çalışmıyor	54	126,06	122,71	127,89	122,84	108,90	125,28	115,98	122,47	131,39	127,74	120,35
^d Emekli	148	115,26	124,25	121,95	126,62	121,35	120,33	125,62	118,55	115,06	116,15	115,95
İstatistiksel Analiz		X ² :50,1 p: ,000	X ² :24,8 p: ,000	X ² :19,1 p: ,000	X ² :13,5 p: ,004	X ² :44,1 p: ,000	X ² :25,8 p: ,000	X ² :21,3 p: ,000	X ² :35,7 p: ,000	X ² :37,9 p: ,000	X ² :39,8 p: ,000	X ² :48,2 p: ,000
Fark Sonuçları		a>b-c-d	a>c-d	a>c-d	a>c-d	a>c-d	a>c-d	a>c-d	a>c-d	a>c-d	a>c-d	a>c-d
Bonferroni Düzeltmesi												

Tablo 12.a’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin KHÖ-EÖ genel, düzenli bir şekilde spor yapma, hastalık hakkında bilgi alma, toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, doktorla iletişim, genel hastalık yönetimi, ev işlerini yapma, sosyal/eğlence aktiviteleri, semptomlarla başa çıkma, nefes darlığı ile başa çıkma ve depresyonu yönetme/kontrol alt boyut puanlarının kronik hastalığı olan bireylerin “yaş” gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$).

Yapılan analizlerin sonucunda yaş gruplarına bakıldığında, **44 yaş altı grup** ile **45-64 yaş** arasındaki bireylerin ölçeğin **genel** (U:759,50 – p: ,002), **düzenli spor yapma** (U:424,5 – p: ,000), genel hastalık yönetimi (U:756,5 – p: ,002), semptomlarla başa çıkma (U:749,0 – p: ,002) nefes darlığı ile başa çıkma (U:531,0 – p: ,000) ve depresyonu yönetme/kontrol (U:812,5 – p: ,006) alt boyut puanları arasında fark olduğu ve 44 yaş ve altındaki bireylerin puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda **44 yaş ve altındaki** bireylerle **65 yaş ve üstü grup** arasında yine ölçeğin genel (U:485,0 – p: ,000), düzenli spor yapma (U:239,0 – p: ,000), hastalık hakkında bilgi alma (U:1083,5 – p: ,000), toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma (U:1211,0 – p: ,001), doktorla iletişim (U:1221,0 – p: ,001), genel hastalık yönetimi (U:607,0 – p: ,000), genel işleri yapma (U:843,0 – p: ,000), semptomlarla başa çıkma (U:608,5 – p: ,000), nefes darlığı ile başa çıkma (U:430,0 – p: ,000), depresyonu yönetme/kontrol (U:604,5 – p: ,000) alt boyut puanları da farklıdır ve 44 yaş ve altında olan bireylerin puanları 65 yaş ve üstündeki bireylerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yaş grupları içinde 65 yaş ve üstünde olan bireylerin ölçekten aldıkları puanlar diğer yaş gruplarından daha düşük bulunmuştur. **65 yaş ve üstü** yaş aralığında olan bireylerle **45-64 yaş aralığında** olan bireyler arasında da fark olduğu tespit edilmiştir. Bu iki yaş grubunun KHÖ-EÖ genel puanı (U:3607,0 – p: ,000), düzenli spor yapma

(U:4220,5 – p: ,000), hastalık hakkında bilgi alma (U:4760,5 – p: ,000), toplum aile ve arkadaşlardan yardım alma (U:3705,0 – p: ,000), doktorla iletişim (U:4378,0 – p: ,000), genel hastalık yönetimi (U:4294,0 – p: ,000), genel işleri yapma (U:3736,0 – p: ,000), sosyal eğlence/aktiviteleri (U:4422,5 – p: ,000), semptomlarla (U:4029,0 – p: ,000) ve nefes darlığı ile başa çıkma (U:4781,0 – p: ,000), depresyonu yönetme/kontrol (U:4074,0 – p: ,000) alt boyut puanlarının farklıdır ve 65 yaş ve üstü grubundaki kronik hastalığı olan bireylerin puanları, 46-64 yaşındakilerden daha düşüktür.

Tablo 12.a’da görüldüğü gibi bireylerin **kronik hastalıklarda öz-etkililik ölçeği** genel, düzenli bir şekilde spor yapma, hastalık hakkında bilgi alma, toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, doktorla iletişim, genel hastalık yönetimi, ev işlerini yapma, sosyal/eğlence aktiviteleri, semptomlarla başa çıkma, nefes darlığı ile başa çıkma ve depresyonu yönetme/kontrol alt boyut puanlarının kronik hastalığı olan **“eğitim durumu”** gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$).

Eğitim durumu grupları ile KHÖ-EÖ genel ve alt boyut puanları arasındaki farka bakıldığında yüksekokul mezunları ile okuma yazma bilen, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu gruplar arasında olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki farklar sırasıyla verilmiştir; **Yüksekokul ile okuma yazma bilenlerin** düzenli spor yapma (U:88,0 – p: ,002), nefes darlığı ile başa çıkma (**U:1036,5 – p: ,000**), **ilkokul mezunlarının** ölçeğin genel (U:1036,5 – p: ,000), düzenli spor yapma (U:908,5 – p: ,000), genel işleri yapma (U:1307,05 – p: ,004), semptomlarla başa çıkma (U:1145,5 – p: ,000), nefes darlığı ile başa çıkma (U:941,5 – p: ,000), depresyonu yönetme/kontrol (U:1035,5 – p: ,000), **ortaokul mezunlarının** genel (U:451,5 – p: ,008), düzenli spor yapma (U:331,0 – p: ,000) nefes darlığı ile başa çıkma (U:344,0 – p: ,000), depresyonu yönetme/kontrol (U:435,0 – p: ,005) ve **lise mezunlarının** düzenli spor yapma

(U:448,0 – p: ,005), nefes darlığı ile başa çıkma (U:386,5 – p: ,001) alt boyut puanları farklıdır. Yüksekokul mezunlarının puanları okuryazar, ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarının puanlarından yüksektir (Tablo 12.a).

ilkokul ile **lise mezunlarının** genel (U:1954,5 – p: ,000), hastalık hakkında bilgi alma (U:2051,5 – p:,000), toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma (U:2122,5 – p:,001), doktorla iletişim (U:1802,0 – p: ,000), genel hastalık yönetimi (U:1897,0 – p:,000), genel işleri yapma (U:2393,0 – p: ,009) sosyal/eğlence aktiviteleri (U:2393,0 – p: ,009), semptomlarla başa çıkma (U:2052,5 – p: ,000) ve depresyonu yönetme/kontrol (U:2329,0 – p:,008) alt boyut puanları arasında fark olduğu görülmüştür. Yine **İlkokul** ile **ortaokul mezunlarının** doktorla iletişim (U:770,0 – p: ,007) ve genel hastalık yönetimi (U:1067,5 – p: ,000) alt boyut puanları farklıdır. İlkokul mezunlarının puanları, lise ve ortaokul mezunlarının puanlarından daha düşüktür (Tablo 12.a).

Araştırmaya katılan bireylerin KHÖ-EÖ toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma ve ev işlerini yapma alt boyut puanları ile bireylerin medeni durum gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$). Bu sonuca göre kronik hastalığı olan **evlilerin** ölçeğin toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma ve ev işlerini yapma alt boyut puanları kronik hastalığı olan **bekarlara** göre daha yüksektir (Tablo 12.a).

Tablo 12.a’da görüldüğü gibi kronik hastalığı olan bireylerin KHÖ-EÖ genel, düzenli spor yapma, hastalık hakkında bilgi alma, toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, doktorla iletişim, genel hastalık yönetimi, ev işlerini yapma, sosyal/eğlence aktiviteleri, semptomlarla başa çıkma, nefes darlığı ile başa çıkma ve depresyonu yönetme/kontrol alt boyut puanlarının kronik hastalığı olan bireylerin

Çalışma durumu gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$). Elde edilen sonuçlar aşağıda sırası ile verilmiştir.

Araştırmaya katılan ve **tam zamanlı çalışanlar** ile **alışmayan** bireylerin KHÖ-EÖ genel (U:545,5–p: ,000), düzenli spor yapma (U:524,5 – p: ,000) hastalık hakkında bilgi alma (U:785,5–p: ,000), toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma (u:946,5–p: ,002), doktorla iletişim (u:938,0–p: ,002), genel hastalık yönetimi, (u:493,0–p: ,000), genel işleri yapma (u:862,0–p: ,000), sosyal/eğlence aktiviteleri (u:803,0–p: ,000), semptomlarla başa çıkma (u:714,5–p: ,000), nefes darlığı ile başa çıkma (u:809,0–p: ,000) ve depresyonu yönetme/kontrol (U:704,5–p: ,000) alt boyut puanları farklıdır. Benzer fark **tam zamanlı çalışanlar** ile **emekliler** arasında ölçeğin genel (U:1536,5–p: ,000), düzenli spor yapma (U:1468,5 – p: ,000), hastalık hakkında bilgi alma (U:2213,5–p: ,000), toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma (u:22483,5–p: ,000), doktorla iletişim (u:2704,5–p: ,001), genel hastalık yönetimi (u:1777,5–p: ,000), genel işleri yapma (u:2182,0–p: ,000), sosyal/eğlence aktiviteleri (u:2524,5–p: ,000), semptomlarla başa çıkma (u:1836,0–p: ,000), nefes darlığı ile başa çıkma (u:1762,5–p: ,000) ve depresyonu yönetme/kontrol (U:1709,0–p: ,000) alt boyut puanları arasında da bulunmuştur. Bu sonuca göre, **tam zamanlı çalışan** grubundaki bireylerin puanları **alışmayan** ve **emekli** grubundaki kronik hastalığı olan bireylere göre daha yüksektir. **Tam zamanlı çalışanlar** ile **yarı zamanlı ya da mevsimlik çalışanlar** arasında ölçeğin sadece düzenli spor yapma (U:214,0 – p: ,006) alt boyut puanları arasında fark olduğu tespit edilmiştir ve yarı zamanlı ya da mevsimlik çalışanların puanı tam zamanlı çalışanlardan daha düşüktür (Tablo 12.a).

Tablo 12.b: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Puanları

Gelir Durumu	N	Düzenli Spor Yapma	Hastalık Bilgisi	Toplum, Aile ve Arkadaş	Doktorla İletişim	Genel Hastalık Yönetimi	Genel işleri Yapma	Sosyal Eğlence	Semp. Başa Çıkma	Nefes Darlığı ile Başa Çıkma	Depresyonu Yönetme	Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Genel
		Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.
^a Gelir Giderden Az	88	121,23	120,28	122,48	122,30	118,38	117,23	113,55	116,95	123,56	119,11	115,36
^b Gelir Gidere Denk	139	144,13	142,24	139,13	134,53	138,77	138,33	142,08	146,00	141,88	143,23	142,85
^c Gelir Giderden Fazla	43	136,81	144,87	150,42	165,66	159,95	163,76	159,14	139,52	139,31	144,06	152,97
İstatistiksel Analiz		X ² :4,70 p: ,095	X ² :5,15 p: ,076	X ² :4,32 p: ,115	X ² :9,00 p: ,011 a<c	X ² :8,70 p: ,013 a<c	X ² :10,7 p: ,005 a<c	X ² :11,9 p: ,002 a<b-c	X ² :7,59 p: ,022 a<b	X ² :3,15 p: ,207	X ² :5,75 p: ,056	X ² :9,23 p: ,010 a<b-c
Fark Sonuçları												
Yaşadığınız Kişi Durumu												
^a Yalnız Başıma	65	130,30	120,72	113,92	119,84	125,20	115,65	119,78	124,47	130,22	127,18	121,63
^b Eşim/Eş Çocuk	171	146,26	150,28	157,23	154,99	153,14	156,63	152,35	152,83	149,02	151,57	155,48
^c Çocuğumun Ailesi İle	9	146,06	157,06	127,39	122,94	98,44	125,00	123,00	111,78	114,17	99,61	110,33
^d Arkadaş/Akrabalarla Birlikte	25	71,60	65,08	45,94	47,42	54,94	46,38	65,62	54,16	64,42	60,12	43,98
İstatistiksel Analiz		X ² :20,6 p: ,000 d<a-b-c	X ² :30,3 p: ,000 a<b, d<a-b-c	X ² :51,3 p: ,000 a<b, d<a-b-c	X ² :45,5 p: ,004 a<b, d<a-b-c	X ² :38,5 p: ,000 d<a-b	X ² :49,7 p: ,000 a<b, d<a-b	X ² :31,1 p: ,000 a<b, d<a-b	X ² :37,7 p: ,000 d<a-b	X ² :27,3 p: ,000 d<a-b	X ² :33,2 p: ,000 d<a-b	X ² :48,5 p: ,000 a<b, d<a-b-c
Fark Sonuçları												

Tablo 12.b’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin **KHÖ-EÖ** genel, doktorla iletişim, genel hastalık yönetimi, genel işleri yapma, sosyal/eğlence aktiviteleri, semptomlarla başa çıkma, alt boyut puanlarının **gelir durumu** gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$). Bu farklar sırasıyla verilmiştir. **Geliri giderinden az** olanlar ile **geliri giderine denk** olanların ölçeğin genel (U:4869,0 – p: ,010), sosyal/eğlence aktiviteleri (U:4804,0 – p: ,006) ve semptomlarla başa çıkma (U:4810,5 – p: ,007) alt boyut puanları farklıdır. Benzer şekilde **geliri az olanlar** ile **geliri giderinden fazla olanların** genel (U:1367,0 – p: ,010), doktorla iletişim (U:1282,0 – p: ,003), genel hastalık yönetimi (U:1302,5 – p: ,004), genel işleri yapma (U:1238,5 – p: ,001) ve sosyal/eğlence aktiviteleri (U:1272,5 – p: ,002) alt boyut puanları da farklıdır. Geliri giderinden az olanların puanlarının geliri giderine denk veya fazla olanlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Kronik hastalığı olan bireylerin birlikte **yaşanılan kişi** gruplarının **KHÖ-EÖ** genel ve tüm alt boyut puanlarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$). Bu sonuçlar doğrultusunda birlikte yaşanan kişi grubuna bakıldığında **arkadaşı/akrabasıyla yaşayanlar** ile;

Yalnız yaşayanların ölçeğin genel (U:349,0–p: ,000), düzenli spor yapma (U:466,5–p: ,002), hastalık hakkında bilgi alma (U:457,5– p: ,001), toplum ve aile/arkadaşlardan yardım alma (U:360,5– p: ,000), doktor ile iletişim (U:4111,0 – p: ,002), genel hastalık yönetimi (U:372,0–p: ,000-.05), genel işleri yapma (U:326,5– p: ,000), sosyal/eğlence aktiviteleri (U:449,0–p: ,001), semptomlarla başa çıkma (U:391,0–p: ,000), nefes darlığı ile başa çıkma (U:452,0–p: ,001) ve depresyonu yönetme/kontrol (U:472,0–p: ,002) puanları,

Ailesiyle yaşayanların ölçeğin genel (U:4180,0–p:;003), düzenli spor (U:946,5 – p: ,000), hastalık hakkında bilgi alma (U:801,5 – p: ,000), toplum ve aile/arkadaşlardan yardım alma (U:424,0 – p: ,000), doktor ile iletişim (U:447,0 – p: ,000), genel hastalık yönetimi (U:447,0 –p: ,000), genel işleri yapma (U:460,0–p:;000), sosyal/eğlence aktiviteleri (U:793,5–p:;000), semptomlarla başa çıkma (U:586,5–p:;000), nefes darlığı ile başa çıkma (U:781,0–p:;000) ve depresyonu yönetme/kontrol (U:640,0–p:;000) puanları,

Çocuğunun ailesi ile yaşayanların ölçeğin genel (U:41,5 – p: ,006), düzenli spor (U:446,4–p:;002), hastalık hakkında bilgi alma (U:43,0 – p: ,005), toplum ve aile/arkadaşlardan yardım alma (U:39,0 – p: ,004), doktor ile iletişim (U:41,0 – p: ,004) alt boyut puanları farklıdır. Arkadaşı/akrabası ile yaşayanların puanları yalnız, ailesiyle ve çocuğunun ailesiyle yaşayanlardan daha düşüktür.

Ayrıca kronik hastalığı olup **yalnız yaşayan** bireylerin ölçeğin genel (U:384,0–p:;000), hastalık hakkında bilgi alma (U:4319,0 – p: ,007), toplum ve aile/arkadaşlardan yardım alma (U:3743,5 – p: ,000), doktorla iletişim (U:372,0– p: ,000), genel işleri yapma (U:3800,5–p:;000), sosyal/eğlence aktiviteleri (U:4174,5–p:;003) alt boyut puanları **ailesiyle yaşayan** bireylere göre farklı ve daha düşüktür (Tablo 12.b).

Tablo 12.3: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Puanları

Değişkenler	n	Düzenli Spor Yapma	Hastalık Bilgisi	Toplum, Aile ve Arkadaş	Doktorla İletişim	Genel Hastalık Yönetimi	Ev İşleri	Sosyal Eğlence	Semp. Başa Çıkma	Nefes Darlığı İle Başa Çıkma	Depresyonu Yönetme	Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Genel
		Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.
Kronik Hastalık Durumu												
^a Bir Kronik Hastalığı	180	140,05	138,63	134,18	137,69	142,29	140,08	141,42	140,16	144,31	139,99	141,46
^b İki Kronik Hastalığı	70	127,56	133,24	138,06	129,74	125,96	130,99	135,18	135,93	122,68	130,69	130,06
^c Üç Kronik Hastalık	20	122,35	115,20	138,40	135,93	107,83	110,13	83,33	92,10	101,13	111,90	100,93
İstatistiksel Analiz		X ² :1,92 p: ,382	X ² :1,75 p: ,416	X ² :1,54 p: ,926	X ² :5,26 p: ,769	X ² :4,92 p: ,085	X ² :2,98 p: ,225	X ² :10,1 a>c	X ² :6,82 a>c	X ² :8,22 a>c	X ² :2,69 p: ,261	X ² :5,30 p: ,070
Fark Sonuçları												
İlk Teşhis Konulan Yıl ortalaması								13,47±9,93				
^a 1-5 Yıl Arası	79	181,25	153,44	158,55	141,95	164,35	160,44	145,87	176,31	178,87	173,85	175,55
^b 6-11 Yıl Arası	58	143,29	155,11	161,99	183,03	172,72	169,32	176,19	169,34	149,24	162,34	170,09
^c ≥12 Yıl	133	104,93	116,29	110,26	110,94	102,13	105,94	111,59	96,50	103,74	101,02	96,62
İstatistiksel Analiz		X ² :48,6 p: ,000	X ² :16,3 p: ,000	X ² :27,5 p: ,000	X ² :35,3 p: ,000	X ² :48,3 p: ,000	X ² :38,2 p: ,000	X ² :29,8 p: ,000	X ² :65,7 p: ,000	X ² :49,2 p: ,000	X ² :51,8 p: ,000	X ² :65,1 p: ,000
Fark Sonuçları		a>b c<a-b	c<a-b	c<a-b	a<b c<a-b	c<a-b	c<a-b	c<a-b	c<a-b	a>b-c b>c	c<a-b	c<a-b
Hastalıkları İle İlgili Bilgi Durumu												
^a Evet	114	152,51	159,18	159,37	164,81	163,93	160,42	157,35	161,89	161,66	162,88	166,64
^b Kısmen	75	143,42	140,38	130,45	120,18	125,49	130,13	128,57	128,41	136,53	129,57	128,17
^c Hayır	81	104,23	97,65	106,58	108,43	104,76	105,40	111,17	104,93	97,73	102,46	98,47
İstatistiksel Analiz		X ² :19,3 p: ,000	X ² :30,7 p: ,000	X ² :22,1 p: ,000	X ² :28,8 p: ,000	X ² :28,9 p: ,000	X ² :24,1 p: ,000	X ² :17,5 p: ,000	X ² :26,0 p: ,000	X ² :32,4 p: ,000	X ² :28,9 p: ,000	X ² :37,0 p: ,000
Fark Sonuçları		c<a-b	c<a-b	a>c	a>b-c	a>b-c	a>b-c	a>c	a>b-c	c<a-b	a>b-c	a>b- c<a-b
Acil Servise Başvurma												
^a Bir Kez	30	135,62	120,73	140,25	126,70	130,58	131,98	121,25	135,05	133,17	133,38	136,75
^b 2-3 Kez	90	130,85	128,14	129,22	121,72	130,61	130,83	124,37	134,24	133,16	129,68	134,17
^c ≥4 kez	99	83,28	90,26	83,36	94,29	85,03	84,40	93,53	80,37	81,92	85,02	79,92
İstatistiksel Analiz		x ² :32,7 p: ,000	x ² :18,4 p: ,000	x ² :32,7 p: ,000	x ² :11,3 p: ,004	x ² :28,1 p: ,000	x ² :29,7 p: ,000	x ² :12,3 p: ,002	x ² :39,5 p: ,000	x ² :36,3 p: ,000	x ² :28,1 p: ,00	x ² :40,7 p: ,000
Fark Sonuçlar		a>b-c b>c	a>b b>c	a>b-c b>c	a>b-c b>c	a>b b>c	a>b b>c	a>b b>c	a>b b>c	a>b b>c	a>b-c b>c	a>b-c b>c

Tablo 12.c’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin KHÖ-EÖ sosyal/eğlence aktiviteleri, semptomlarla ve nefes darlığı ile başa çıkma alt boyut puanlarının **kronik hastalık sayısı** gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$). Elde edilen sonuçlara bakıldığında, **bir kronik hastalığı olanlar** ile **üç ve üzeri kronik hastalığı olan grup** arasında sosyal/eğlence aktiviteleri (U:1006,5–p:;001), semptomlarla (u:1168,5–p:;009) ve nefes darlığı ile başa çıkma (U:1230,0–p:;010) alt boyut puanları arasında fark vardır. **Bir kronik hastalığı olanların** sosyal/eğlence aktiviteleri, semptomlarla ve nefes darlığı ile başa çıkma alt boyut puanları **üç ve üzeri kronik hastalığı olan** gruba göre daha yüksektir.

Araştırmaya katılan bireylerin **kronik hastalıklarda öz-etkililik ölçeği** genel, düzenli bir şekilde spor yapma, hastalık hakkında bilgi ve toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, doktorla iletişim, genel hastalık yönetimi, genel işleri yapma, sosyal/eğlence aktiviteleri, semptomlarla ve nefes darlığı ile başa çıkma ve depresyonu yönetme/kontrol alt boyut puanlarının **‘kronik hastalık süresi’** gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$) (Tablo 12.c).

Yapılan analizlerin sonucunda **kronik hastalık süresi 12 yıl ve üzeri olanlar** ile sırasıyla **1-5 yıl** ve **6-11 yıl arası** olan grupların ölçek, genel (U:2316,0–p:;000) (U:1624,0 –p:;000), hastalık hakkında bilgi alma (U:3829,0–p:;001) (U:2727,0 –p:;001), toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma (U:3398,0–p:;000) (U:2355,0–p:;000), genel hastalık yönetimi (u:2837,5–p:;000) (u:1835,0 – p:;000), genel işleri yapma (u:3189,0–p:;000) (u:1989,0–p:;000), sosyal/eğlence aktiviteleri (u:3878,0–p:;001) (u:2053,0 – p:;000), semptomlarla başa çıkma (u:1676,0 – p:;000) (u:2248,0–p:;000) ve depresyonu yönetme/kontrol (U:2479,5–p:;000) (U:2045,0 –p:;000) alt

boyut puanları arasında fark olduğu görülmüştür. **Kronik hastalık süresi 12 yıl ve üzeri olanların** ölçek genel, hastalık hakkında bilgi alma, toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, genel hastalık yönetimi, genel işleri yapma, sosyal/eğlence aktiviteleri, semptomlarla başa çıkma ve depresyonu yönetme/kontrol alt boyut puanları, kronik hastalık süresi **1-5 yıl ve 6-11 yıl arası** olan gruplardan daha düşüktür (Tablo 12.c).

Ayrıca **kronik hastalık süresi 1-5 yıl arası olanlar ile 6-11 yıl ve 12 yıl ve üzeri olan grup** arasında sırasıyla düzenli spor yapma (U:1466,5–p:,000) (U:2464,0–p:,000), doktorla iletişim (U:1568,5–p:,002) (U:4021,5–p:,004) ve nefes darlığı ile başa çıkma (U:1663,5–p:,006) (U:2454,5–p:,000) alt boyut puanları arasında fark vardır. Kronik hastalık süresi **1-5 yıl** arasında olanların düzenli spor yapma, doktorla iletişim ve nefes darlığı ile başa çıkma alt boyut puanları **6-11 ve 12 yıl ve üzeri** gruplardan daha yüksektir. Benzer şekilde **kronik hastalık süresi 6-11 yıl arası olanlar ile 12 yıl ve üzerinde olan grup** arasında da düzenli spor yapma (U:2580,5 – p: ,000), doktorla iletişim (U:1822,5 – p: ,000) ve nefes darlığı ile çıkma (U:2432,5 – p: ,000) alt boyut puanları arasında da fark vardır. Bu sonuca göre **kronik hastalık süresi 6-11 yıl arası olanların**, düzenli spor yapma, doktorla iletişim ve nefes darlığı ile başa çıkma alt boyut puanları **12 yıl ve üstü** gruptaki kronik hastalığı olan bireylere göre daha yüksektir. Hastalık süresi uzadıkça kronik hastalıklarda öz-etkililik genel ve alt boyut puanlarının olumsuz etkilendiği görülmüştür (Tablo 12.c).

Tablo 12.c’de görüldüğü gibi bireylerin KHÖ-EÖ genel, düzenli spor yapma, hastalık hakkında bilgi ve toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, doktorla iletişim, genel hastalık yönetimi, genel işleri yapma, sosyal/eğlence aktiviteleri, semptomlarla ve nefes darlığı ile başa çıkma ve depresyonu yönetme/kontrol alt boyut puanları

kronik hastalığı olan bireylerin **hastalıkları ile ilgili bilgi durumu** gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Gruplar arasında görülen farka bakıldığında, **hastalıkları ile ilgili bilgisi olanların** KHÖ-EÖ genel puanları (U:2984,0–p:.,000) **kısmen ve bilgisi bilgisi olmayanlardan** (U:2358,5–p:.,000), farklı ve daha yüksektir. Yine **kısmen bilgisi olanların** genel puanı (U:2296,5–p:.,009) **bilgisi olmayan** bireylere göre daha yüksek ve farklı bulunmuştur (Tablo 12.c).

Yine hasta gruplarının alt boyutlardan aldıkları puanları incelendiğinde, **hastalıkları ile ilgili bilgisi olmayanların** düzenli spor yapma (U:2977,0–p:.,000), hastalık hakkında bilgi (U:2541,0–p:.,000) ve toplum, aile ve arkadaştan yardım alma (U:2820,5–p:.,000), doktorla iletişim (U:2673,5–p:.,000), genel hastalık yönetimi (U:2604,0–p:.,000), genel işleri yapma (U:2797,5–p:.,000), sosyal aktivite (U:3034,5–p:.,000), semptomlarla (U:2700,0–p:.,000) ve nefes darlığı ile başa çıkma (U:2422,5–p:.,000) ve depresyonu yönetme (U:2621,0–p:.,000) gibi tüm alt boyut puanları **bilgili olanlardan** daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 12.c).

Benzer şekilde **hastalıkları ile ilgili bilgisi olanlar** doktorla iletişim (U:2877,0–p:.,000), genel hastalık yönetimi (U:3047,5–p:.,001), düzenli spor yapma (U:2144,5–p:.,001), genel işleri yapma (U:3253,5–p:.,005), semptomlarla başa çıkma (U:3183,5–p:.,003) ve depresyonu yönetme (U:3150,0–p:.,002) alt boyutları, **hastalıkları ile ilgili kısmen bilgisi olan** gruptaki kronik hastalığı olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 12.c).

Hastalığı hakkında **kısmen bilgisi olanların** düzenli spor (U:2144,5–p:.,001), hastalık hakkında bilgi alma (U:2047,5–p:.,000) ve nefes darlığı ile başa çıkma (U:2173,0–p:.,002) alt boyut puanlarının **bilgisi olmayan gruptan** daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ölçek genel ve alt boyutlarından alınan puanlara bakıldığında en

düşük puanların hastalığı hakkında bilgisi olmayan gruba, en yüksek ise hastalığı hakkında bilgisi olan gruba ait olduğu görülmektedir (Tablo 12.c).

Araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin **kronik hastalıklarda öz-etkililik ölçeği** genel, düzenli bir şekilde spor yapma, hastalık hakkında bilgi alma, toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, doktorla iletişim, genel hastalık yönetimi, ev işlerini yapma, sosyal/eğlence aktiviteleri, semptomlarla başa çıkma, nefes darlığı ile başa çıkma ve depresyonu yönetme/kontrol alt boyut puanlarının kronik hastalığı olan **acil servise başvurma durumu** gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 12.c).

Yapılan analizlerin sonucunda farklılığın son altı ayda, **acil servise dört ve üzeri giden grup** ile **bir kez ve iki-üç kez giden gruplar** arasında olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki farkın sırasıyla ölçek genel puanı (U:742,0–p:;000), (U:2220,0–p:;000), düzenli spor (U:783,0–p:;000) (U:2511,5–p:;000), toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma (U:717,0–p:;000) (U:2585,5–p:;000), genel hastalık yönetimi (U:904,0–p:;001) (U:2563,5–p:;000), genel işler (U:852,0–p:;000) (U:2553,5–p:;000), semptomlarla başa çıkma (U:748,5–p:;000) (U:2258,5–p:;000), nefes darlığı ile başa çıkma (U:789,5–p:;000) (U:2371,5–p:;000) ve depresyonu yönetme/kontrol (U:828,0–p:;000) (U:2639,0–p:;000) alt boyutları arasındadır. **Acil servise dört ve üzeri gidenlerin** ölçek genel ve alt boyut puanları **acil servise bir kez ve acil servise iki-üç kez giden** gruptaki kronik hastalığı olan bireylere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 12.c).

Kronik hastalığı nedeniyle son altı ayda, **acil servise iki-üç kez gidenlerin** hastalık hakkında bilgi alma (U:2932,5–p:;000), doktorla iletişim (U:3328,0–p:;003) ve sosyal/eğlence aktiviteleri (U:3180,5–p:;001) alt boyut puanları **acil servise dört ve üzeri giden** grubun puanlarından daha yüksektir. Kronik hastalığı olan bireylerin

son altı ayda acil servise başvuruları arttıkça KHÖ-EÖ puanlarının düştüğü belirlenmiştir (Tablo 12.c).

Tablo 12.d: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Puanları

Hastaneye Yatırılma Durumları	n	Düzenli Spor Yapma	Hastalık Bilgisi	Toplum, Aile ve Arkadaş	Doktorla İletişim	Genel Hastalık Yönetimi	Ev İşlerini Yapma	Sosyal Eğlence	Semp. Başa Çıkma	Nefes Darlığı İle Başa Çıkma	Depresyonu Yönetme	Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Genel
		Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.
^a Bir Kez	55	66,76	72,02	73,75	73,29	73,06	75,79	72,88	73,31	66,95	70,75	74,21
^b İki Kez	43	60,72	59,13	60,28	54,01	55,40	57,07	60,83	59,36	62,29	58,73	57,41
^c Üç Kez	16	51,22	56,84	41,09	48,38	53,06	48,75	51,19	51,91	53,34	49,41	48,13
^d ≥4 kez	11	70,23	42,00	51,77	67,95	56,86	42,95	39,27	41,82	60,05	60,68	50,45
İstatistiksel Analiz		X ² :2,99	X ² :8,30	X ² :12,1	X ² :9,93	X ² :7,67	X ² :13,9	X ² :10,7	X ² :10,1	X ² :1,98	X ² :5,42	X ² :10,3
		p:;392	p:;040	p:;007	p:;039	p:;053	p:;003	p:;013	p:;037	p:;577	p:;143	p:;016
Fark Sonuçları			*	a>c	*		a>c-d	a>d	*			a>c
Sağlık Durumlarını Algılamaları												
^a İyi	82	180,77	183,84	195,41	191,76	197,20	192,70	191,00	193,95	172,48	196,68	204,95
^b Orta	136	132,34	128,39	126,86	128,86	128,85	130,58	131,76	131,58	135,70	129,38	127,24
^c Kötü	52	72,38	77,86	63,63	64,16	55,62	58,15	57,77	53,60	76,65	55,03	47,59
İstatistiksel Analiz		X ² :62,4	X ² :62,7	X ² :94,2	X ² :87,4	X ² :106,2	X ² :96,1	X ² :94,1	X ² :103,6	X ² :48,9	X ² :106,4	X ² :132,2
		p:;000	p:;000	p:;000	p:;000	p:;000	p:;000	p:;000	p:;000	p:;000	p:;000	p:;000
Fark Sonuçları		a>b-c	a>b-c	a>b-c	a>b-c	a>b-c	a>b-c	a>b-c	a>b-c	a>b-c	a>b-c	a>b-c
		b>c	b>c	b>c	b>c	b>c	b>c	b>c	b>c	b>c	b>c	b>c

* Bonferroni Düzeltmesi uygulandığında fark çıkmamıştır;

X² : Kruskal Wallis test sonucu anlamlı çıkan üç ve üzeri gruplu değişkenlerde (p<,05), farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin KHÖ-EÖ genel, toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, genel işleri yapma, sosyal/eğlence aktiviteleri alt boyut puanları ile son altı ay içinde hastaneye yatma durumu gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$) (Tablo 12.d).

Araştırmaya katılanların ölçekten aldıkları puanlar ile son altı ay içinde hastaneye yatma durumunu gruplarının sıra ortalamalarına bakıldığında, hastaneye bir kez yatan grubun ölçek genel (U:245,5–p:;007) ve toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma (U:215,5–p:;002) ve genel işleri yapma (U:244,5–p:;007) alt boyut puanlarının üç kez yatan gruba göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine son altı ay içinde hastaneye bir kez yatanların, dört ve üstü sayıda hastaneye yatanlara göre genel işleri yapma (U:148,0–p:;008) ve sosyal/eğlence aktiviteler (U:215,5–p:;002) alt boyut puanları farklı ve yüksektir (Tablo 12.d).

Tablo 12.d incelendiğinde grupların, kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalıklarda KHÖ-EÖ genel ve tüm alt boyut puanlarının sağlık durumunu algılama sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$),

Yapılan analizlerin sonucunda sağlık durumunu algılama gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki farklılığın sağlık durumunu iyi olarak algılayanlar ile orta ve kötü olarak algılayan grupların arasında olduğu belirlenmiştir. Sağlık durumunu iyi olarak algılayanların sırasıyla sağlığını orta ve kötü olarak algılayan gruplara göre ölçek genel (U:1912,0- U:101,5), düzenli spor yapma (U:3526,0- U:469,5), hastalık hakkında bilgi alma (U:3135,0- U:609,0), toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma (U:2429,5- U:366,0), doktorla iletişim (U:2673,0- U:422,0), genel hastalık yönetimi (U:2408,5- U:240,5), genel işleri yapma (U:2707,5- U:310,0), sosyal/eğlence aktiviteleri (U:2863,5- U:293,5), semptomlarla (U:2723,5- U:192,0) ve nefes darlığı

ile başa çıkma (U:4049,5- U:626,0) ve depresyonu yönetme/kontrol (U:2497,5- U:193,5) alt boyut puanları istatistiksel olarak farklı ve daha yüksektir (p:0,000), (Tablo 12.d).

Sağlık durumunu orta olarak algılayanlar ile kötü olarak algılayan grup arasında da benzer şekilde ölçeğin genel (U:995,0), düzenli spor yapma (U:1916,0), hastalık hakkında bilgi alma (U:2061,5), toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma (U:1564,5), doktorla iletişim (U:1536,5), genel hastalık yönetimi (U:1273,5), ev işlerini yapma (U:1336,0), sosyal/eğlence aktiviteleri (U:1332,5), semptomlarla (U:1217,0) ve nefes darlığı ile başa çıkma (U:1982,0) ve depresyonu yönetme/kontrol (U:1290,0) istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p:0,000). Bu sonuca göre sağlık durumunu orta olarak algılayan gruptaki kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalıklarda KHÖ-EÖ genel ve tüm alt boyut puanları sağlık durumunu kötü olarak gruptaki kronik hastalığı olan bireylere göre daha yüksektir (Tablo 12.d).

Tablo 13: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Puanları

Değişkenler	N	Hasta Katılımı Sıra Ort.	Karar Verme Sıra Ort.	Amaç Belirleme Sıra Ort.	Problem Çözme Sıra Ort.	İzlem Koordi. Sıra Ort.	KHBDÖ Genel Sıra Ort.
Hastanın Triyaj Kategorisi							
Turuncu	85	124,68	122,69	117,02	129,54	121,31	118,09
Sarı	185	140,47	141,39	143,99	138,24	142,02	143,50
İstatistiksel Analiz		U :6943,0 P : ,118	U :6773,5 P : ,066	U :6291,5 p : ,008	U :7355,5 P :393	U :6656,0 p : ,042	U :6382,5 p : ,013
BKİ		Ortalama: 28,53 ±5,61					
Normal	73	130,53	134,15	135,39	127,18	136,28	132,79
Kilolu	125	140,39	136,16	132,12	139,30	137,11	136,94
Obez	41	142,65	140,77	151,65	136,44	138,16	142,59
Morbid Obez	31	118,02	129,06	128,02	138,52	123,65	126,69
İstatistiksel Analiz		X ² :2,75 p: ,431	X ² : ,434 p: ,933	X ² :2,28 p: ,516	X ² :1,18 p: ,756	X ² : ,828 p: ,843	X ² : ,864 p: ,834
Cinsiyet							
Kadın	133	128,66	121,42	123,97	129,78	129,01	123,99
Erkek	137	142,14	149,17	146,69	141,05	141,80	146,67
İstatistiksel Analiz		U:8200,5 p: ,157	U:7238,0 p: ,003	U:7577,0 p: ,017	U:8349,5 p: ,234	U:8247,0 p: ,177	U:7580,0 p: ,017
Yaş		Ortalama: 65,60 ±16,06					
^a 44 Yaş ve Altı	27	169,54	193,89	218,07	213,76	207,50	217,83
^b 45-64 Yaş	92	142,59	150,07	134,68	135,82	128,26	138,36
^c 65 Yaş ve Üstü	151	125,10	116,18	121,23	121,31	127,04	119,04
İstatistiksel Analiz		X ² :8,79 p: ,012	X ² :27,9 p: ,000	X ² :35,4 p: ,000	X ² :32,3 p: ,000	X ² :25,6 p: ,000	X ² :36,8 p: ,000
Fark Sonuçları *							
Eğitim Durumunuz							
^a Okuma Yazma Bilen	14	143,32	139,79	154,00	151,14	140,93	149,46
^b İlkokul	131	123,82	119,46	120,89	125,23	124,76	117,58
^c Ortaokul	47	143,27	141,27	145,85	138,27	141,34	147,95
^d Lise	48	137,53	137,81	126,63	121,66	128,20	129,05
^e Yüksek Okul	30	167,42	190,82	188,65	190,85	182,42	198,07
İstatistiksel Analiz		X ² :8,80 p: ,066	X ² :21,2 p: ,000	X ² :20,8 p: ,000	X ² :19,5 p: ,000	X ² :14,1 p: ,000	X ² :28,1 p: ,000
Fark Sonuçları		-	e>b-c-d	e>b-c-d	e>b-c-d	e>b-d	e>b-c-d
Bonferroni Düzeltmesi							

X²: Kruskall Wallis test sonucu anlamlı çıkan üç ve üzeri gruplu değişkenlerde (p<,05), farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Tablo 13'te araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin KHBDÖ genel ve ölçeğin tüm alt boyutlarında, **triyaj kategorisi** değişkeni gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<,05). Triyaj kategorisi sarı olanların KHBDÖ alt boyutlarında genel (U:6382,5-p: ,013), amaç belirleme (U:6291,5-p: ,008) ve izlem koordinasyon (U:6656,0-p : ,042) alt boyut puanları triyaj kategorisi turuncu olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 13'te araştırmaya katılan bireylerin kronik hastalıklarda KHBDÖ genel ve ölçeğin tüm alt boyut puanlarında “**beden kitle indeksi (BKİ)**” gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$).

KHBDÖ genel, karar verme ve amaç belirleme alt boyut puanlarının kronik hastalığı olan bireylerin **cinsiyet değişkeni** gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Bu sonuç doğrultusunda, kronik hastalığı olan erkeklerin KHBDÖ genel (U:7580,0-p: ,017), karar verme (U:7238,0-p: ,003) ve amaç belirleme (U:7577,0-p: ,017) alt boyut puanlarının, kadınlara göre daha yüksektir (Tablo 13).

Tablo 13'te araştırmaya katılan hastaların KHBDÖ genel ve tüm alt boyut puanlarının kronik hastalığı olan bireylerin **yaş değişkeni** gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<.05$). Yaş gruplarına bakıldığında, 44 yaş altı grup ile 45-64 yaş arasındaki bireylerin ölçeğin genel (U:492,0 – p: ,000), karar verme (U:788,0 – p: ,000), amaç belirleme (U:490,0 – p: ,000) problem çözme (U:528,5 – p: ,000) ve izlem (U:542,5 – p: ,000) alt boyut puanları arasında fark olduğu ve 44 yaş ve altı bireylerin ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puanların, 45-64 yaş arası gruptan daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda 44 yaş ve altındaki bireylerle 65 yaş ve üstü grup arasında yine ölçeğin genel (U:565,5 – p: ,000), hasta katılımı (U:485,0 – p: ,012), karar verme (U:5151,5 – p: ,001), amaç belirleme (U:561,0 – p: ,000), problem çözme (U:639,0 – p: ,000) ve izlem (U:794,0 – p: ,000), alt boyut puanları da farklıdır, 44 yaş ve altında olan bireylerin puanları 65 yaş ve üstündeki bireylerden daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Çalışmadan elde edilen bir diğer bulgu ise, 45-64 yaş arası bireylerin karar verme

(U:5151,5 – p: ,001) alt boyutu puanlarının, 65 yaş ve üstü gruptan daha yüksek ve farklı olduğu bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 13'te araştırmaya katılan bireylerin KHBDÖ genel, karar verme, amaç belirleme, problem çözme ve izlem\ koordinasyon alt boyut puanlarının **eğitim durumu** gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$).

Gruplar arasındaki farklar sırasıyla verilmiştir; Yüksekokul grubunun ölçek genel puanı (U:492,0 – p: ,000) ile ilkokul (U:871,5 – p: ,000), ortaokul (U:395,0 – p: ,000), lise (U:321,5 – p:,000), karar verme ilkokul (U:977,0 – p:,000), ortaokul (U:444,5 – p: ,000) ve lise grubu (U:401,0 – p: ,000), amaç belirleme (ilkokul grubu (U:1054,0 – p: ,000), ortaokul (U:439,0 – p: ,000) ve lise grubu ile yüksekokul (U:373,0 – p: ,000), problem çözme ilkokul grubu ile yüksekokul (U:1064,0 – p: ,000), ortaokul grup ile yüksekokul (U:420,5 – p: ,000) ve lise grubu ile yüksekokul (U:321,0 – p: ,000) ve izlem koordinasyon ilkokul grubu ile yüksekokul (U:1155,0 – p: ,000) ve lise grubu ile yüksekokul (U:428,5 p: ,000) alt boyut puanları farklıdır. Ölçeğin katılım alt boyut puanları dışında, yüksekokul mezunlarının puanları, ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarının puanlarından yüksektir (Tablo 13).

Tablo 13.a: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Puanları

	n	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordi.	Kronik Hastalık Bakımını
		Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.
Medeni Durumu							
Evli	205	135,25	136,78	135,87	132,18	131,78	133,66
Bekâr	65	136,29	131,45	134,35	145,97	147,24	141,30
İstatistiksel Analiz		U:6611,0 p: ,924	U:6399,5 p: ,629	U:6587,5 p: ,891	U:5982,0 p: ,213	U:5899,5 p: ,163	U:6285,5 p: ,492
Çalışma Durumu							
^a Tam Zamanlı Çalışan	53	158,83	171,63	169,85	161,82	161,15	171,71
^b Yarı Zamanlı/Mevsimlik	15	126,90	124,53	126,87	133,07	135,73	132,63
^c Çalışmıyor	54	124,99	122,79	120,00	136,64	123,36	121,27
^d Emekli	148	131,85	128,31	129,73	125,91	130,72	128,02
İstatistiksel Analiz		X ² :6,37 p: ,095	X ² :14,5 p: ,002 a>c-d	X ² :13,4 p: ,004 a>c-d	X ² :8,33 p: ,040 a>d	X ² :7,62 p: ,054	X ² :14,5 p: ,002 a>c-d
Fark Sonuçları							
Gelir Durumu							
^a Gelirim Giderimden Az	88	123,46	121,73	126,11	133,67	135,00	126,02
^b Gelirim Giderime Denk	139	140,78	145,74	143,84	144,87	134,77	143,83
^c Gelirim Giderimden Fazla	43	143,06	130,57	127,76	108,95	138,87	127,97
İstatistiksel Analiz		X ² :3,21 p: ,201	X ² :5,36 p: ,068	X ² :3,29 p: ,192	X ² :7,06 p: ,029 b>c	X ² : ,096 p: ,953	X ² :3,82 p: ,194
Fark Sonuçları							
Yaşadığınız Kişi Durumu							
^a Yalnız Başına	65	140,04	127,05	135,28	131,38	136,02	132,41
^b Eşim/Eş Çocuk	171	140,15	145,54	141,43	136,44	136,94	141,57
^c Çocuğumun Ailesi İle	9	118,39	119,28	172,44	170,94	134,67	150,83
^d Arkadaşım/Akrabalarım	25	98,06	94,62	82,18	127,00	124,58	96,50
İstatistiksel Analiz		X ² :7,18 p: ,066	X ² :10,9 p: ,012 b>d	X ² :14,7 p: ,002 d<a-b-c	X ² :2,37 p: ,499	X ² : ,555 : ,907	X ² :7,72 p: ,052
Fark Sonuçları							

X²: Kruskall Wallis test sonucu anlamlı çıkan üç ve üzeri gruplu değişkenlerde (p<,05), farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmıştır.

KHBDÖ genel, hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme ve izlem\ koordinasyon alt boyutlarında kronik hastalığı olan bireylerin **medeni durum** değişkeni gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (p>,05) (Tablo 13.a).

Tablo 13.a’da KHBDÖ genel, karar verme, amaç belirleme ve problem çözme alt boyutlarında bireylerin **çalışma durumu** değişkeni gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$). Elde edilen sonuçlar aşağıda sırası ile verilmiştir.

Araştırmaya katılan ve tam zamanlı çalışanlar ile çalışmayan bireylerin KHBDÖ genel (U:904,5 – p: ,002), karar verme (U:907,0 – p: ,002) amaç belirleme (U:928,5 – p:,004) alt boyut puanları farklıdır. Benzer fark tam zamanlı çalışanlar ile emekliler arasında ölçeğin genel (U:2645,5 – p: ,000), karar verme (U:2672,0 – p: ,000), amaç belirleme (U:2729,0 – p: ,000) ve problem çözme (U:2908,0 – p: ,000) alt boyut puanları arasında da bulunmuştur (p: ,000). Bu sonuca göre, tam zamanlı çalışan grubundaki bireylerin puanları çalışmayan ve emekli grubundaki kronik hastalığı olan bireylere göre daha yüksektir (Tablo 13.a).

Kronik hastalığı olan bireylerin **gelir durumu** değişkeni gruplarının, KHBDÖ problem çözme alt boyut puanlarının sıralama ortalamalarına bakıldığında, sadece geliri giderine denk olanların, geliri giderinden fazla olan bireylerin problem çözme (U:2232,0 – p:,029) alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 13.a).

Tablo 13.a’da kronik hastalığı olan bireylerin “birlikte yaşanılan kişi durumu” gruplarının KHBDÖ’nin karar verme ve amaç belirleme alt boyut puanlarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$). Bu grupta ölçek puanlarındaki farklılara bakıldığında, Eşi/çocukları ile yaşayanların, arkadaşı/akrabası ile yaşayanlardan karar verme (119,28-p:,012) alt boyut puanları daha yüksektir.

KHBDÖ ölçeğinin amaç belirleme alt boyut puanlarına göre, Arkadaşım/akrabalarım birlikte yaşayanların, yalnız başıma(U:457,5– p:,012), eşim/eş

ocuk (U:1234,5–p: ,001) ve çocuğunun ailesi ile (U:37,5 – p: ,003) yaşıayanlara bireylere göre daha düşük puana sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 13.a).

Tablo 13.b: Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Puan

Değişkenler	n	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordi.	Kronik Hastalık Bakımını
		Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.	Sıra Ort.
Kronik Hastalık Durumu							
Bir	180	141,96	136,86	141,33	136,89	142,01	141,40
İki	70	121,21	131,74	122,51	126,63	126,89	121,94
Üç ve Üzeri	20	127,33	136,40	128,50	154,03	107,00	129,85
İstatistiksel Analiz		$X^2:3,89$ p:,143	$X^2:2,222$ p:,895	$X^2:3,11$ p:,211	$X^2:2,10$ p:,350	$X^2:4,79$ p:,091	$X^2:3,24$ p:,197
İlk Teşhis Konulan Yıl							
^a 1-5 Yıl	79	161,26	183,41	178,85	177,06	169,15	183,12
^b 6-11 Yıl	58	142,48	123,91	121,02	127,72	134,16	128,16
^c 12 Yıl ve Üzeri	133	117,15	112,10	116,07	114,21	116,09	110,41
İstatistiksel Analiz		$X^2:16,8$ p:.,000	$X^2:43,5$ p:.,000	$X^2:34,7$ p:.,000	$X^2:33,0$ p:.,000	$X^2:23,0$ p:.,000	$X^2:43,6$ p:.,000
Fark Sonuçları		a>c	a>b-c	a>b-c	a>b-c	a>b-c	a>b-c
Hastalıkları İle İlgili Bilgi Durumu							
^a Evet	114	142,43	146,72	148,30	145,82	144,05	147,76
^b Kısmen	75	135,11	139,55	137,30	137,45	139,53	138,32
^c Hayır	81	126,12	115,96	115,81	119,17	119,73	115,63
İstatistiksel Analiz		$X^2:4,90$ p:,346	$X^2:5,61$ p:.,021	$X^2:8,29$ p:.,016	$X^2:7,72$ p:,060	$X^2:2,12$ p:,086	$X^2:8,16$ p:.,017
Fark Sonuçları		-	a>c	a>c	-	-	a>c
Acil Servise Başvurma							
^a Bir Kez	30	116,95	119,00	117,23	120,25	102,90	118,80
^b 2-3 Kez	90	118,69	125,65	123,94	121,07	112,13	122,12
^c 4 kez ve Üzeri	99	99,99	93,05	95,13	96,83	110,22	96,32
İstatistiksel Analiz		$X^2:4,65$ p:,098	$X^2:13,3$ p:.,001	$X^2:10,2$ p:.,006	$X^2:7,85$ p:.,020	$X^2:4,82$ p:,786	$X^2:8,49$ p:.,014
Fark Sonuçları		-	b>c	b>c	b>c	-	b>c
Hastaneye Yatırılma Durumları							
^a Bir Kez	55	72,05	72,05	69,83	70,55	63,53	64,54
^b İki Kez	43	51,87	51,87	54,62	54,47	59,37	53,05
^c Üç Kez	16	63,53	63,53	55,00	45,66	66,78	77,28
^d 4 Kez ve Üzeri	11	60,50	60,50	73,27	83,82	69,05	73,45
İstatistiksel Analiz		$X^2:7,69$ p:,053	$X^2:6,01$ p:,111	$X^2:12,1$ p:.,007	$X^2:9,31$ p:,818	$X^2:6,79$ p:,079	$X^2:8,80$ p:.,032
Fark Sonuçları		-	-	d>b-c	-	-	a>b
Sağlık Durumlarını Algılamaları							
^a İyi	82	162,33	162,33	169,59	162,05	143,32	145,91
^b Orta	136	139,33	139,33	137,10	138,24	139,05	139,06
^c Kötü	52	83,16	83,16	77,58	86,47	113,89	109,78
İstatistiksel Analiz		$X^2:34,2$ p:.,000	$X^2:44,8$ p:.,000	$X^2:30,3$ p:.,000	$X^2:5,11$ p:,077	$X^2:7,42$ p:.,024	$X^2:32,9$ p:.,000
Fark Sonuçları		c<a-b	a>b c<a-b	c<a-b	-	a>c	c<a-b

X^2 : Kruskal Wallis test sonucu anlamlı çıkan üç ve üzeri gruplu değişkenlerde ($p<,05$), farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Kronik hastalığı olan bireylerin “kronik hastalık sayısı” değişkeni gruplarının KHBDÖ genel ve alt boyut puanlarının sıralama ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>.05$), (Tablo 13.b).

Kronik hastalığı olan bireylerin **ilk teşhis konulan yıl** gruplarının, KHBDÖ genel, ve ölçeğin tüm alt boyut puanlarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<.05$). Gruplar arasındaki farklara bakıldığında; 1-5 yıl arası bir süredir kronik hastalığı olanların ölçeğin genel ve alt boyut puanları diğer gruplardan daha yüksektir. Teşhis yılı 1-5 yıl arası olan grubun hasta katılımı puanları, 12 yıl ve üzerinde olan grubun (U:3580,0– $p<.000$), puanlarından yüksek ve farklıdır. Aynı zamanda 5 yıl ve altında tanı süresine sahip olan grupla, 6-11 yıl ve 12 yıl ve üzerinde kronik hastalık tanısına sahip olan grupların, ölçek genel (U:1263,0– $p<.000$), (U:2519,5 – $p<.000$), karar verme (U:1223,5– $p<.000$) (U:2536,5 – $p<.000$), amaç belirleme (U:1282,5– $p<.000$) (U:2837,5 – $p<.000$), problem çözme (U:1400,0– $p<.000$) (U:2861,5 – $p<.000$) ve izlem/koordinasyon (U:1666,0– $p<.000$) (U:3220,0 – $p<.000$) alt boyut puanları arasında fark olduğu görülmüştür (Tablo 13.b). Tanı süresi 5 yıl ve altında olanların puanları 6 yıl ve üzerinde bir süredir tanı konmuş kronik hastalığı olanlardan daha yüksektir.

Araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin, **bilgi durumu** değişkeni gruplarının KHBDÖ genel, karar verme ve amaç belirleme alt boyut puanlarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<.05$). Hastalıkları ile ilgili bilgili olmadığını ifade edenlerin, ölçeğin genel (U:3532,0– $p<.017$), karar verme (U:3568,0– $p<.021$) ve amaç belirleme (U:3505,0– $p<.016$) alt boyut puanlarının, hastalıkları ile ilgili bilgisi olduğunu ifade edenlerden daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 13.b).

Tablo 13.b’de araştırmaya katılan bireylerin **acil servise başvurma durumu** gruplarının KHBDÖ izlem/koordinasyon alt boyut puanları dışında kalan, ölçeğın genel ve tüm alt boyut puanlarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$).

Gruplar arasında farklılığın son altı ayda, acil servise **dört ve üzerinde** başvuru yapan grup ile **iki-üç kez** başvuru yapan gruplar arasındaki fark sırasıyla, ölçek genel puanı (U:3402,5–p:;014), karar verme (U:3125,0– p:;001), amaç belirleme (U:3276,5– p:;006) ve problem çözme (U:3477,0–p:;020) alt boyutları arasındadır. Son altı ay içinde acil servise dört ve üzerinde başvuru yapan bireylerin puanlarının, iki-üç kez başvuru yapanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 13.b).

Araştırmaya katılan bireylerin KHBDÖ genel ve amaç belirleme alt boyut puanları ile son altı ay içinde hastaneye yatırılma durumu gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$) (Tablo 13.b).

Son altı ay içinde, hastaneye bir kez yatanların *genel* ölçek puanı (U:910,0– p:;000), iki kez yatanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaneye dört ve üstü sayıda yatanların *amaç belirleme* alt boyut puanlarının; son altı ay içinde iki ve üç kez yatanlardan (U:118,5–p:;009) (U:29,5–p:;003) daha düşüktür (Tablo 13.b).

Tablo 13.b’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin KHBD problem çözme alt boyutu dışında, ölçeğın genel ve diğeri alt boyutlarında “sağlık durumunu algılama” gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<,05$) (Tablo 13.b). Ölçeğın genel ve alt boyutlarına ait en yüksek puanlar sağlık durumunu iyi olarak algılayanlara aittir.

Sağlık durum algıları “kötü” olan hastaların KHBDÖ genel puanları sağlık durum algıları “iyi” ve “orta” olan hastalara göre daha düşüktür (U:910,0–p:;000).

Hasta katılımı (U:962,5–p:0,000), karar verme(U:4196,5–p:0,000) ve amaç belirleme (U:935,5–p:0,000) alt boyutlarına göre de sağlık durum algıları “kötü” olan hastaların puanları “iyi” ve “orta” olan hastalara göre daha düşüktür.

Sağlık durum algıları “iyi” olan hastaların karar verme alt boyutuna göre puanları algıları “orta” olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bir diğer alt boyut olan İzlem/Koordinasyon puanları algıları “iyi” olan hastaların, algıları “kötü” olan hastalara göre daha yüksek puana sahip oldukları tespit edilmiştir (Tablo 13.b).

Bölüm 5

TARTIŞMA

Acil servise başvuran farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeyleri ile aldıkları bakımı değerlendirmeleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

- Kronik hastalığı olan bireylerin KHÖ-EÖ'ne ait bulguların tartışılması
- Kronik hastalığı olan bireylerin KHBDÖ'ne ait bulguların tartışılması
- KHÖ-EÖ ve KHBDÖ genel puanları ve alt boyut puanları Korelasyonu

5.1 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin KHÖ-EÖ'ne Ait Bulguların Tartışılması

Bu çalışmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin KHÖ-EÖ öz-etkililik skoru 5,48 yani ortalama düzeyde bulunmuştur (Tablo 7). Ceyhan (2015), “*bireyin KHÖ-EÖ'den aldığı toplam puanı, madde sayısına bölünerek ortalama bir öz-etkililik skoru hesaplanabileceğini ve bu skor 7'nin altında ise, başarısızlığı önlemek için stratejilerin ve problem çözmenin yeniden değerlendirilmesi gerektiği, skor, 7 ve üzerinde ise bireyin hastalığına ilişkin öz-etkililiğinin yüksek olduğu ve düşüncelerini başarabileceği anlamına geldiğini belirtmiştir*” (160). Sarı ve Çırpan (2020) çalışmalarında KOAH hastalarında algılanan sosyal desteğin öz bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla 200 hasta ile yaptıkları çalışmada bireylerin öz-bakım gücünün orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (187). Bu çalışmanın sonucu sonuçlarımızla uyumludur. Nie ve arkadaşlarının (2018) Tip 2 diyabetli Çinli hasta arasında hastalık

algısı, risk algısı ve sağığı geliştirme öz-bakım davranışlarını incelemek amacıyla 304 birey ile yaptıkları çalışmada bireylerin hastalık algısı ve öz-bakım düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmada hastaların hastalıklara karşı olan inançlarının düşük olması nedeni ile öz-bakım düzeylerinin düşük olduğu belirtilmiştir (189). Daniali ve arkadaşlarının (2017) 483 kronik hastalığı olan bireyle, öz-etkililik ile fiziksel aktivite arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada öz-etkililik puanı düşük bulunurken ve katılımcıların en az puanı düzenli spor yapma alt boyutundan aldıkları bildirilmiştir (163), çalışmamızda da en düşük puan benzer şekilde düzenli spor yapma alt boyutuna ait olması benzerdir, bu çalışmanın katılımcı sayısı bu çalışma sonuçlarına göre daha yüksek olması öz-etkililik puanını etkilemiş olabilir. Öz-etkililik ortalaması sonucumuzla uyumlu olmayan bir çalışmada, kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyumun değerlendirmesi amaçlanmış (98 hasta), bireylerin öz-bakım yönetiminin iyi olduğu belirlenmiştir (174). Bu çalışma sonucunun uyumsuzluğunun, bu çalışmanın sonuçlarına göre farklı yaş gruplarının olması, tanı süresi ve örneklem sayısının bizim çalışmamıza göre daha az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada acil servise başvuran ve kronik hastalığı olan bireylerin yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişi, kronik hastalık süresi, hastalığı ile ilgili bilgi düzeyi, acil servise başvuru sayısı ve sağığını algılama düzeyi değişkenlerinin grupları arasında ölçeğin toplam ve tüm alt boyutlarında fark görülürken (Tablo 7), triyaj kategorisi, BKİ, cinsiyet, medeni ve gelir algısı, bireyde bulunan kronik hastalık ve hastaneye yatma sayısı değişkenlerinin gruplarının ölçeğin toplam ve bazı alt boyut puanları arasında fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 7) ($p<.05$).

Bu çalışmada kronik hastalığı olan erkeklerin KHÖ-EÖ genel ve tüm alt boyut puanları, kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 12). Kankaya ve

arkadaşlarının (2016) 202 yaşlı hipertansif hastanın ilaç tedavisine uyum öz-etkililiğini incelemek amacıyla yaptıkları araştırmada erkeklerin öz-etkililik genel puanları kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (34). Bonsaksen ve arkadaşlarının (2019) Norveç nüfusunda genel öz-yeterlilik: sosyodemografik gruplar arasındaki farklılıkları ve benzerlikleri incelemek amacıyla 1787 birey ile yaptıkları çalışmada öz-etkililik genel puanlar incelendiğinde kadın hastaların, erkek hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (162). Literatürde yer alan her iki çalışmanın sonuçları, bu araştırmanın bulgularını desteklemektedir. TÜİK (Türkiye istatistik kurumu 2017) verilerine göre kronik hastalıkların erkeklerde %11,1, kadınlarda ise %20,5 olduğu, olduğu ifade edilmiştir (191). Kadınlarda, erkeklere göre kronik hastalık sayısının daha fazla olmasına neden olan faktörlerin eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olması, üreme sağlığı sorunları gibi faktörlerin ileri yaşlarda kadınlarda birden fazla kronik hastalık sayısında artışa neden olduğu ve benzer nedenlerin kadınlarda erkeklere göre öz-etkililik düzeylerini de etkileyebileceği söylenebilir (9). Ancak bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak Doğan ve arkadaşlarının (2018) kronik hastalıklarda hastalık algısı, yaşam kalitesi ve öz-bakım yönetimlerini değerlendirmek amacıyla 127 hasta ile yaptıkları çalışmada kadınların öz-bakım düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (188).

Bu çalışmada 44 yaş ve altı grubundaki kronik hastalığı olan bireylerin KHÖ-EÖ genel puanlarının 45 yaş ve üzerinde kronik hastalığı olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 12.d). Ceyhan ve Ünsal (2018) Farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin karşılaştırılması için 200 birey ile yaptıkları çalışmada 25-44 yaş arasında olup kronik hastalığı olan bireylerin KHÖ-EÖ genel puanlarının çalışmamıza benzer şekilde 45-64 yaş ve 65 yaş ve üzeri grubundaki kronik hastalığı olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (160). Lee ve

Park (2017). hipertansiyonu olan yaşlı hastalarda öz-etkililik davranışı ve ilgili faktörlerini incelemek amacıyla 250 hipertansiyon hastası ile yaptıkları çalışmada 65-70 yaş arası olan bireylerin 80 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastalara göre öz-etkililik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (161). Yukarıda sıraladığımız çalışmaların bulguları, çalışma sonuçlarımızla paralellik göstermektedir. Bulgularımızdan farklı olarak, Messina ve arkadaşlarının (2018) Tip 2 diyabet yönetiminde öz-etkililik düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla 165 birey ile yaptıkları çalışmada 65 yaş üstü hastaların öz-etkililik ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları, 65 yaş altında olan bireylerin aldıkları puanın düşük olduğu bildirilmiştir (186). Bu çalışmanın sadece Tip 2 diyabet hastaları ile yapılmasından dolayı sonuçların bulgularımızla uyumsuz olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 12.a'de görüldüğü gibi bireylerin eğitim düzeyi arttıkça KHÖ-EÖ genel ve tüm alt boyut puanlarının da arttığı ve grupların sıralam ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<,05$). Hançerlioğlu ve Aykar (2018) 222 birey ile yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi yükseldikçe, öz-bakım ölçeğinden alınan puanların da yükseldiğini belirtmişlerdir (183). Bayrak ve arkadaşlarının (2019) Kalp yetersizliği olan 210 hastada öz-bakım ve etkili risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada yaşlı obez hastaların öz-bakım ortalamalarının düşük, eğitimi ortaöğretim ve üzerinde olanların öz-bakım düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (169). Tip 2 diyabetli 230 hasta ile yapılan çalışmada bireylerin eğitim düzeyi ile öz-yeterlilik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve eğitim düzeyleri arttıkça hastalığı yönetme durumunun olumlu yönde etkilendiği belirlenmiştir (164). Devarajoo ve Chinna (2017) diyabetin öz bakım uygulamaları üzerine etkisini incelemek amacıyla 371 hasta ile yaptıkları çalışmada da benzer şekilde eğitim düzeyi ilköğretim ve ortaöğretim olan bireylerin, eğitim seviyesi lisans ve yüksek lisans olan

bireylerden öz-etkililik genel puanlarının düşük olduğu ve hastalığı yönetemedikleri belirlenmiştir (165). Tüm bu çalışma sonuçlarında görüldüğü gibi, eğitimin öz-etkililik düzeyi üzerinde etkili ve çalışma sonuçlarımızla uyumlu olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin medeni durumları ile KHÖ-EÖ genel ve toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma, genel hastalık yönetimi ve sosyal eğlence aktiviteleri alt boyut puanlarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu ve evli bireylerin puanlarının bekarlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 12.a). Taş ve Akın (2018). sağlığı geliştirici yaşam tarzı ve öz etkililik-yeterlilik durumunun sosyo-ekonomik durum ile ilişkisini belirlemek amacıyla 248 kronik hastalığı olan bireyle yaptıkları çalışmada evlilerin öz-etkililik genel puanları bekar bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (53). Daniali ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında kronik hastalığı olan evli bireylerin öz-etkililik genel puan ortalamaları, bekarlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (163). Bulgumuzla uyumlu bu sonuçlar doğrultusunda, evli olan bireylerin hastalıklarına uyumlarının düzenli yaşam şeklinden etkilendiği, evlilik nedeniyle ailelerinden aldıkları sosyal desteğin, hastalık yönetimini ve öz-etkililik puanlarını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Bu araştırmada, tam zamanlı çalışan grubundaki kronik hastalığı olan bireylerin KHÖ-EÖ genel ve tüm alt boyutları yarı zamanlı/mevsimlik çalışan, çalışmayan ve emekli grubundaki kronik hastalığı olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 12.a). Kara ve Yılmaz (2020) açık kalp cerrahisi yapılan hastalarda öz yeterliliğin ilaç uyumu ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla 132 hasta ile yaptıkları çalışmada, çalışan bireylerin öz-etkililik ölçek puanları, çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (166). Devarajoo ve Chinna (2017) çalışmalarında da çalışmayan bireylerin öz-etkililik ölçek puanları, çalışan

bireylere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (165). Bu sonuçlar kronik hastalığı olan ve çalışan bireylerin hastalıklarını yönetmede daha fazla sorumluluk aldıkları görülürken,. alışan ile emekliler arasında yaş farkı olabileceği de dşnlmeli ve sağlığa erişimlerin yanında, hemşirelik bakımı, izlem ve eğitimi buna yönelik planlanmalıdır. Çalışmayan veya yarı zamanlı çalışanların ekonomik veya eğitimsel sorunları olabilir. Kronik hastalığı olan bireylerin demografik özellikleri dikkate alınarak sağlık hizmeti sunumuna erişimleri desteklenmelidir.

Bu çalışmada geliri giderinden az olan grubundaki kronik hastalığı olan bireylerin KH-E puanları geliri giderine denk olan grubundaki kronik hastalığı olan bireylere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 12.b). Demirbaş ve Kutlu (2020) oklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz-etkililik düzeylerinin belirlenmesi adlı çalışmada da geliri giderinden fazla olan ve hastalığından dolayı çoklu ilaç kullanımında öz-etkililik ölçek genel puanı, geliri giderinden az olan hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (35). Barham, Ibraheem ve Sa'ed (2019). koroner kalp hastalığı olanlarda kardiyak öz-etkililik ve yaşam kalitesini incelemek amacıyla 275 hasta ile yaptıkları çalışmada da geliri giderinden fazla olan hastaların öz-etkililik düzeylerinin geliri giderinden az olan hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (168). Bu sonuçlar doğrultusunda geliri az olan hastaların sağlık hizmetlerine erişimde zorlanabilecekleri ve hastalıklarını yönetmede olumsuz yönde etkilendikleri düşünülürken, bulgular çalışma sonucumuzu destekler niteliktedir.

Bu araştırmada birlikte yaşanılan kişi değişkeninin grupları arasında ölçeğin genel ve tüm alt boyutlarında fark olduğu görülmüştür. En düşük ölçek puanları yalnız yaşayanlar, ardından da arkadaş ve akraba ile yaşayan gruplarına aittir. En yüksek ise eşi/çocuklarıyla yaşayanlar ardından da çocuklarının ailesi ile yaşayanlara ait olduğu

belirlenmiştir (Tablo 12.b). Daniali ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada da evde aile ile birlikte yaşayan ve kronik hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını düzenli bir şekilde yerine getirdiği ve yalnız yaşayan bireylere göre öz-etkililik ölçeği genel puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (163). Bu sonuç aile ile ya da akrabaları ile yaşayan bireylerin hastalıklarını yönetmede, sağlık sorunları ile baş etmede ailenin büyük destek oluşturduğu düşünülmektedir.

En az bir kronik hastalığı olan bireylerin ölçeğin sosyal/eğlence ve nefes darlığı ile semptomlarla başa çıkma puanları puanları üç ve üzeri kronik hastalığı olan gruptaki bireylere göre, daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 12.c). Ceyhan ve Ünsal (2018) 200 hasta ile yaptıkları çalışmada, bir kronik hastalığı olan bireylerin, birden fazla kronik hastalığı olan bireylere göre KHÖ-EÖ puanlarının daha yüksek olduğunu belirtilmişlerdir (160). Farklı bir çalışmada Ergin ve Muz (2019) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tanısı almış bireylere verilen inhaler ilaç eğitiminin öz-bakım gücü ve öz-yeterlilik düzeyine etkisini incelemek amacıyla 67 hasta ile yaptıkları deneysel çalışmada sadece KOA hastalığı olan bireylerin hastalıklarını yönetmede başarılı oldukları, ancak KOA ile birlikte başka kronik hastalığı da olan bireylerin hastalıklarını yönetmede öz-etkililik düzeylerinin yetersiz kaldığını saptamışlardır (167). Bu sonuçlar doğrultusunda birden fazla kronik hastalığı olan bireylerde tedavi sürecindeki başarısızlıklar, ilaç içmek istememe, çok yönlü yaşam tarzı değişikliği gerektirmesi, bıkkınlık gibi faktörlerin hastalıklarını yönetmede olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Literatürdeki bu bulgular çalışma sonucumuzu destekler niteliktedir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin ‘kronik hastalık süresi’ gruplarının ölçeğin genel ve tüm alt boyut puanlarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<.05$) (Tablo 12.c). Hastalığı teşhis edilmesi 12 yıl ve

üzerinde olanların öz-etkililik ölçeği puanlarının, 11 yıl ve altında süredir kronik hastalığı olan bireylerden, daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalıkla geçen süre artıkça öz-etkililik puanları düşmektedir. Ağdemir ve Karakurt (2018) kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde öz-etkililik ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları araştırmada hastalığı 11 yıl ve üzeri olan bireylerin 1-5 yıl ve 1 yıldan az olan bireylere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (23), bu çalışmaların sonuçları, bulgularımızı desteklemektedir.

Bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin hastalıkları ile ilgili bilgi durumu gruplarının KHÖ-EÖ genel ve tüm alt boyut puanları sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), hastalığı ile ilgili bilgisinin yeterli olduğunu belirtenlerin puanları, yetersiz olduğunu düşünenlere göre daha yüksektir (Tablo 12.c). Takcı ve Yıldırım (2021) diyabetli bireylere verilen eğitimin; sağlık inancına, öz etkililik algısına ve karar verme düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmalarında, katılımcıların öz-etkililik ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının eğitim öncesi $51,30\pm9,07$, eğitim sonrası ise $79,30\pm5,68$ puana yükseldiğini belirlemişlerdir (185). Bu sonuç öz-etkililik ile ilgili verilen eğitimin kronik hastalığı olan bireylerde etkili olduğu ve öz-etkililik ile ilgili bilgi sahibi olmanın bireylerin hastalıklarını yönetmede önem arz ettiği söylenebilir. Özgül ve Yanık (2016). Tip 2 diyabetli bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirmek amacıyla 230 hasta ile yaptıkları çalışmada bireylerin diyabet hakkında bilgilerinin yeterli olduğunu ifade edenler ile öz-yeterlilik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (164). Ayrıca diyabet hakkında yeterli eğitim aldığını bildiren bireylerin, diyabete yönelik öz-yeterlilik düzeylerinin de yüksek olduğu belirlenmiştir (163). Literatürde görüldüğü gibi farklı kronik hastalığı olan bireylerle gerçekleştirilen araştırmalarda da hastalıkları ile ilgili bilgi durumu arttıkça, öz-

yeterlilik düzeyinin arttığı bildirilmekte olup çalışma sonuçlarımızla uyumluluk gösterdiği gözlemlenmektedir.

Bu çalışmada sağlık durumunu algılama gruplarının, KHÖ-EÖ genel ve tüm alt boyut puanlarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<,05$) ve sağlık durumunu iyi olarak algılayanların KHÖ-ÖE puanları orta ve kötü algılayanlardan, orta olarak algılayanların ise kötü algılayanlardan daha yüksektir (Tablo 12.d). Özgül ve Yanık (2016). Tip 2 diyabetli bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirmek amacıyla 230 birey ile yaptıkları çalışmada sağlık durumunu algılama puanı yüksek olan diyabetli bireylerin diyabete yönelik öz-yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (164). Taş ve Akın (2018) sağlığı geliştirici yaşam tarzı ve öz etkililik-yeterlilik durumunun sosyo-ekonomik durum ile ilişkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada ÖE alt boyut puanları sağlık durumunu iyi olan bireylerin, sağlık algısı kötü ve orta düzeyde olan bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (53). Literatürde yapılan çalışma sonuçları ile çalışma sonuçlarımız uyumluluk göstermektedir. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklara yönelik olan algıları, hastalığa neden olan faktörlerin ne olduğu, hastalık süreci, hastalığın oluşturduğu etkiler ve yönetimi ile ilgili inançları ve duygusal tepkileride içerdiği ifade edilmektedir. Son yıllarda, hastaların hastalık algıları ve başa çıkma yöntemleri üzerinde özellikle vurgu yapılmaktadır. Psikologlar tarafından da kronik bir hastalığın neden olduğu sorunlara mantıklı cevap vermek için hastaların, hastalıkları hakkında kendi açıklamalarını ve inançlarını oluşturdukları belirtilmektedir (190).

5.1 Kronik Hastalığı Olan Bireylerin KHBDÖ'ne Ait Bulguların Tartışılması

Bu araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin KHBDÖ genel puanı ortalaması $62,00 \pm 14,33$ olarak bulunmuş ve kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakıma yönelik KHBDÖ'nden alınan puanın orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlara bakıldığında; amaç belirleme ve problem çözme ortalamasının altında, izlem/koordinasyon ve karar verme orta düzeyde, sadece hasta katılımı alt boyutundan ortalamasının biraz üzerinde puan alındığı tespit edilmiştir (Tablo 9).

Acile başvuran kronik hastalığı olan bireylerin, yaş, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi algısı, birlikte yaşanılan kişi, kronik hastalık teşhis süresi (yıl), hastalığı ile ilgili bilgi durumu, acil servise başvuru sayısı, hastaneye yatma sayısı, sağlık algısı'' değişkenlerinin grupları arasında KHBDÖ genel ve alt boyut puanlarının farklı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < ,05$). Semra ve Arpacı (2017) yaptıkları çalışmada ölçek ortalama puanının 2.65 ± 0.57 olduğu ve bireylerin KHBDÖ alt-boyut puan ortalamalarının; hasta katılımı 2.14 ± 0.69 , karar verme desteği 2.13 ± 0.65 , amaç belirleme/rehberlik 3.10 ± 0.99 , problem çözme 2.78 ± 0.75 , izlem/koordinasyon 3.09 ± 1.11 olarak belirlendiği ve hastaların kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinden aldıkları ortalamaların yeterli olduğu belirlenmiştir (176). Tuncay ve Fertelli (2019) araştırmalarında bireylerin KHBDÖ'den en yüksek puanın karar verme (2.73 ± 0.92), en düşük ise izlem/ koordinasyon alt boyutlarına ait (2.17 ± 0.88) olduğunu saptamışlardır (173). Her iki çalışmanın sonuçları araştırma bulgularımızla uyumludur, hastaların KHBDÖ'nden orta düzeyde veya biraz üzerinde puanlar aldıkları gösterilmiştir. Üstünova ve Nahcivan (2015) yaptıkları çalışmada bireylerin kronik hastalık bakım yönetimlerinden memnuniyet puan ortalaması toplam ölçek için 1.69 ± 0.37 olduğu ve alt ölçek madde puan ortalamalarının, hasta katılımı

için 1.86 ± 0.72 , karar verme 2.34 ± 0.63 , amaç belirleme 1.56 ± 0.39 , problem çözme 1.81 ± 0.51 , izlem/koordinasyon 1.24 ± 0.50 ortalamalarına sahip olduğu ve bireylerin bakım değerlendirme ölçeğine göre yetersiz puan aldıkları saptanmıştır (181). Bu çalışmada hastaların bakım değerlendirme puanları bizim sonuçlarımıza göre çok daha düşüktür, iki çalışma arasındaki farkın diğer çalışmaların üniversite hastanesi ve devlet hastanesinde yapılması, bu çalışmanın ise acil servis polikliniğinde yapılmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada kronik hastalığı olan erkeklerin KHBDÖ genel, karar verme ve amaç belirleme alt boyut puanları kadınlara göre daha yüksektir (Tablo 13). Karabulutlu, Atman ve Yağcı (2015) kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımı değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, erkeklerin KHDBÖ toplam ve alt boyut puanların kadınlara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (180). Kaya ve arkadaşlarının (2013) Kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, ölçeğin alt boyutlarından erkek hastaların, kadınlara göre daha yüksek puanlar aldıklarını belirlemişlerdir (179). Literatürde yer alan bu çalışmalar sonuçlarımızı desteklemektedir.

Acil servise başvuran 44 yaş ve altında, kronik hastalığı olan bireylerin ölçeğin genel ve tüm alt boyut puanları 45 yaş ve üzeridekilerden yüksektir. Ayrıca 45-64 yaş arasında olanların puanları da 65 yaş ve üzerinde olanlardan yüksektir (Tablo 13). Doğan ve arkadaşlarının (2019) 142 hasta ile yaptıkları araştırmada, 40 yaş ve altında olan hastaların KHBDÖ tüm alt boyut puanlarının, 60 yaş ve üzerinde olanlardan daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (170). İncirkuş ve Nahcivan (2011) gerçekleştirdikleri çalışmada 20-39 yaş grubunda olan bireylerin KHBDÖ tüm alt boyut puanlarının 60 yaş ve üzerinde olan bireylerden daha yüksek ve anlamlı olduğu saptanmıştır (113). Tekin ve Polat (2018). Kalp yetmezliği olan

hastaların hastalık algısı ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmek amacıyla yaptıkları araştırmada 50 yaş ve altı hastaların KHBDÖ tüm alt boyut puanlarının 60 yaş ve üzeri olan hastalardan daha yüksek ve anlamlı olduğu belirlenmiştir (182). Karabulutlu, Atman ve Yağcı (2015) yaptıkları çalışmada 60 yaş ve altı olan hastaların hasta katılımı, karar verme desteği alt boyut puanları 65 yaş ve üzeri olan hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (180). Kaya ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada da 45 yaş ve altı olan hastaların ölçek ortalama puanlarının, 55 yaş ve üzeri gruplarının ortalamalarından yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (179). Kronik hastalık tanı konulma yaşı ilerledikçe ölçekten alınan puanın düşük olması, genç bireylerin sağlıklı yaşamın önemine daha olumlu bir yaklaşım göstermeleri ve hastalık yönetimini yapmada daha istekli olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde yapılan çalışma sonuçları ile çalışma sonuçlarımızın paralellik gösterdiği gözlemlenmiştir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin eğitim düzeyi arttıkça, KHBDÖ genel ve tüm alt boyut puanlarının da arttığı ve sıralama ortalamaları arasında istatistiksel olarak, fark oluşturduğu tespit edilmiştir ($p<.05$), (Tablo 13). Akan (2019) Tip 2 diyabetli bireylerin, kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği (317 hasta) çalışmada, bireylerin eğitim durumlarının KHBDÖ genel ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu ve üniversite mezunu olan bireylerin ölçekten aldıkları puanın, okur-yazar olmayan bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (172). Cramm ve Nieboer (2016) 411 hasta KOAH hastası ile yaptıkları araştırmada, KHBDÖ'nin genel ve tüm alt boyutları puanlarının eğitim düzeyinden etkilendiğini, eğitim düzeyi arttıkça puanlarında arttığını ifade etmişlerdir (103). Literatürde yer alan çalışmaların sonuçları, sonuçlarımızla paralellik göstermektedir. Ayrıca eğitim kişinin çevresini,

insanları anlamasını kolaylaştırır, öğrendiklerini davranışlarına yansıtabilir. Eğitim düzeyi arttıkça sağlık bakım profesyonellerinin anlattıkları yanında yaptıkları uygulamalarında amaçlarının daha kolay anlaşılır hale getirebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada KHBDÖ genel ve alt boyutları puanları medeni durum değişkeni gruplarının sıralama ortalamaları arasında fark anlamlı bulunamamıştır ($p>,05$), (Tablo 13.a). İncirkuş ve Nahcivan (2011) ve Karabulutlu, Atman ve Yağcı (2015) ve Semra ve Arpacı (2017).’nın çalışmalarında, sonucumuzla benzer bulguya ulaşılmıştır (192, 180, 176), hastaların medeni durumunun, alınan sağlık bakımının değerlendirilmesinde etkili faktör olmadığı görülmüştür.

Bu çalışmaya göre, tam zamanlı çalışan grubundaki bireylerin KHBDÖ genel, karar verme, amaç belirleme ve problem çözme alt boyutlarından aldıkları puanların çalışmayan ve emekli grubundaki kronik hastalığı olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 13.a). İncirkuş ve Nahcivan (2011) çalışmasında bireylerin KHBDÖ alt boyutları ile çalışma durumu değişkeni grupları arasında istatistiksel farkın anlamlı olduğu ve çalışan bireylerin ölçek puan ortalamasının, çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (113). Akan (2019) yaptığı araştırmada da çalışan hastaların ölçeğin genel ve alt boyut puan ortalamaları, çalışmayan hastaların puan ortalamalarına göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (175). Araştırma sonuçları incelendiğinde çalışan bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşım ve aldıkları hizmeti değerlendirmelerinde etkili olabileceği düşünülen; çalışan grubun gelirinin ve eğitim düzeyinin daha yüksek, yaşının daha genç olmalarının olumlu etkilemiş olabileceği söylenebilir.

Bireylerin gelir durumu değişkeni gruplarına, bakıldığında, sadece geliri giderine denk olanların, geliri giderinden fazla olanlara göre problem çözme alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 13.a). Akan (2019) yaptığı

çalışmada, geliri giderinden az olan hastaların genel ölçek puan ortalamaları, geliri giderinden fazla olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (175). Bu sonuç bulgularımızla uyumsuz gibi görünse de, bizim çalışmamızda da problem çözme alt boyutu dışında ölçek puanları en düşük olan grup geliri giderinden az olduğunu ifade eden bireylere aittir. Ancak sadece gruplar arasında problem çözme alt boyutunda istatistiksel fark bulunmuştur, çalışma sonucumuz desteklenmektedir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin kronik hastalıkla geçirdikleri süre yani hastalık teşhis yılı gruplarına bakıldığında, 1-5 yıl arası bir süredir kronik hastalığı olanların ölçeğin genel ve alt boyut puanlarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 13.b). Akan (2019) 317 Tip 2 diyabetli hasta ile yaptığı araştırmada, bir yıldan daha az sürede hastalık tanısı alan hastaların KHBDÖ genel puan ortalamaları, 11 yıl ve üzerinde olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (175). Semra ve Arpacı (2017) hastanede yatan 211 hasta ile yaptıkları araştırmada teşhis yılı 6 ay ile 3 yıl arasında olan hastaların bakım değerlendirme ölçeğinden aldıkları puan ortalaması, kronik hastalığı 3 yıl ve üzerinde olanlardan daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (176). Kronik hastalıklarda hastalık süresi uzadıkça hastaların yaşlarının ilerlediği, kronik hastalık sayısının arttığı ve sağlık durumlarının olumsuz etkilendiği düşünülecek olursa, aldıkları sağlık bakımını olumsuz yönde değerlendirme yönünde etkilenebilecekleri de söylenebilir. Literatürde yapılan çalışmalar bulgularımızı desteklemektedir.

Acil servise başvuran ve kronik hastalığı hakkında bilgisi olduğunu ifade edenlerin ölçeğin genel, karar verme ve amaç belirleme alt boyut puanları bilgisi olmayan veya kararsız olanlara göre daha yüksek ve farklı olduğu belirlenmiştir (Tablo 13.b). Semra ve Arpacı (2017) çalışmalarında hastalıkları ile ilgili bilgi sahibi olmayanların, bilgili olanlara göre ölçekten aldıkları puanların düşük olduğu

gösterilmiştir (176). Bu sonuç çalışma bulgularımızla uyumlu ve destekler niteliktedir. Kronik hastalıklarla mücadelede bilgi ve eğitim kaynağı olarak, en güçlü pozisyonda olan hemşirelerdir. Hemşirelerin bireylerin ve ailelerinin kronik hastalık bakımına adapte olmalarını ve hastalığa uygun yaşam biçimi davranışlarını sürdürmelerinde eğitim ve rehberlik görevleri önemle vurgulanmaktadır (157).

Bu çalışmada acil servise dört ve üzerinde başvuru yapan grubun iki-üç kez başvuru yapanlara göre KHBDO izlem/koordinasyon alt boyutu dışında, ölçeğin genel ve tüm alt boyut puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür ($p<,05$) (Tablo 13.b). Akan'ın (2019) yaptığı çalışmada bireylerin hastaneye başvurma sıklığı ve kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, 3 ayda bir kez kontrole giden hastaların kronik bakımı değerlendirme ölçeği genel puan ortalaması, yalnızca rahatsızlandığında hastaneye başvuran hastaların puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (175). Acil servise genellikle hastalıkla baş edilemediğinde başvurulduğu düşünüldüğünde, çalışma sonuçlarımızla uyumlu olduğu söylenebilir. Literatürde hastaların acile başvurma sıklığı ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadığını gösteren çalışma da bulunmaktadır (181). Bu çalışma ile bulgularımız arasındaki uyumsuzluğun nedeni olarak; bizim çalışmamızda farklı kronik hastalıkları olan bireyler örneklemimizi oluştururken bu çalışma sadece KOAH hastaları ile yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bireylerin KHBDO genel ve amaç belirleme alt boyut puanları son altı ay içinde, hastaneye bir kez yatanların ölçek genel puanları iki kez, dört ve üzerinde yatanların ise iki ve üç kez yatanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 13.b). Tekin ve Polat (2018) çalışmalarında hastaneye yatmayan hastaların ölçek ve alt boyutları puanları yatan hastalara göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak

anlamli fark olduğu ifade edilmiştir (182). İncirkuş ve Nahcivan'ın (2011) alışmalarında da hastanede yatmayan hastaların ölçeğin genel ve alt boyut puanları hastanede yatanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (113). Hastaneye yatış sıklığının artması bireyin öz-etkililik düzeyinin düşük olduğu ve yaşam kalitesinin de olumsuz etkilenebileceğine işaret ederken, bireylerde sağlık düzeyi dşkke, sağlık bakım hizmetlerinden beklentilerinin de artacağı söylenebilir. Literatürde yapılan çalışma sonuçları, bizim çalışma sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Bu araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerden sağlık durumunu kötü olarak algılayanların KHBD problem çözme alt boyutu dışında, ölçeğin genel ve diğer alt boyut sıralama ortalamaları orta ve iyi olarak algılayanlardan daha düşük olduğu görülürken, iyi olarak algılayan bireylerin farklı ve yüksek ölçek puanlarına sahip oldukları görülmüştür (Tablo 13.b). Literatüre bakıldığında sonuçlarımızla benzer şekilde, hastaların sağlık durumunu iyi olarak algılamasının, KHBD genel ve tüm alt boyut puan ortalamalarını pozitif yönde etkilediği ve istatistiksel olarak farklı olduğunu gösteren çalışmalara ulaşılmıştır (182, 173).

5.3 KH-E ve KHBD Genel ve Alt Boyut Puanları Korelasyonu

Kronik hastalığı olan bireylerin “kronik hastalık bakımını değerlendirme leği” ile “kronik hastalıklarda öz-etkililik leği” genel ve alt boyutları arasında pozitif doğrusal ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r_{rho:},475,p:,.000$), (Tablo 6). Kronik hastalığı olan bireylerin “KHBD” genel puanları yükseldikçe, “KH-E” genel ve düzenli bir şekilde spor yapma, genel hastalık yönetimi, ev işlerini yapma, semptomlarla başa çıkma, nefes darlığı ile başa çıkma, depresyonu yönetme/kontrol alt boyut puanları da yükselmektedir.

Bu bölümde daha önce yapılmış, kronik hastalık bakımını değerlendirme ile kronik hastalıklarda öz-etkililik arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya

ulaşılamamıştır. Bu nedenle doğrudan tartışma yapılamamış olması bir eksiklik gibi görünse de, bu durumun araştırmamızın özgünlüğünü göstermesi açısından değerlidir.

Literatürde öz-etkilik ölçeği ile, depresyon arasında negatif yönlü (23, 165), ilaç kullanma alışkanlığına yönelik bilgi ve motivasyonu ölçen Modifiye Morisky Ölçeği arasında pozitif yönlü (35), sağlıklı yaşam biçimi arasında pozitif (53), fiziksel aktivite ile pozitif, ağrı ile negative (163), yaşam kalitesi ölçeği puanları (166, 168), sağlık inanç modeli ve Melbourne karar verme ölçeği puanları (185), algılanan sosyal destek (187), hastalık algısı ve risk algısı ölçekleri puanları (189) ile arasında pozitif doğrusal anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.

Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği puanları ile ilişkilendirilmiş farklı ölçeklerle yapılmış çalışma sonuçları literatürde saptanmıştır. Hastaların öğrenim gereksinimleri karşılandıkça (170), yaşam kalitesi puanları (175), sağlık bakım profesyonelleri ile olumlu iletişim puanları (103), hastalık algısı tedavi, kontrol ve hastalığı anlayabilme puanları arttıkça (182), kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği puanlarının arttığı ve aldıkları kronik hastalık bakımını olumlu yönde değerlendirdikleri görülmüştür.

Bölüm 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Acil servise başvuran farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeyleri ile aldıkları bakımı değerlendirmeleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada;

- Araştırmaya katılan bireylerin;
- %68,5'inin sarı triyaja başvurduğu, % 46,3'ünün BKİ kilolu olduğu, %50,7'sinin erkek, yaş ortalamasının $65,60 \pm 16,06$, %48,5'inin ilkokul mezunu, %75,9'unun evli, %54,8'inin emekli ve %51,5'inin gelirinin giderine denk olduğu, % 63,3'ünün en çok eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı,
- % 59,6'sının hipertansiyon, %38,5'inin diyabet ve %24,4'ünün kronik kalp yetmezliği gibi en az bir kronik hastalığının olduğu, %42,2'si hastalığı ile ilgili eğitim aldığını, %67,8'i eğitimi doktordan aldığı, %67,8'i ise hastalığı ile ilgili aldığı eğitimin kısmen yetersiz olduğunu, %44,1'i hastalığının yapmayı planladığı işleri engellediği,
- %68,1'i hastalığına yönelik egzersiz programını uygulamadığı, %65,9'unun sigara içmediği, %81,1'inin son altı ayda hastaneye/acil servise başvurduğu, hastaneye yatış ortalamasının $3,74 \pm 2,26$ olduğu ve %50,4'ü sağlığını orta düzeyde iyi olarak algıladığı belirlenmiştir.

- Araştırmaya katılan bireylerin KHÖ-EÖ puanları ve bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile ölçek puanları arasındaki fark sonuçları;
- Araştırmamızda KHÖ-EÖ genel puanın 5,48 ile kesme noktası olan 7 (yüksek)'nin altında, toplam puanın ise 164,5 ile orta düzeyde olduğu, KHÖ-EÖ alt boyutlarından en yüksek puanların doktorla iletişim (7,36) ve sosyal eğlence/aktiviteleri (7,2), en düşük puanın ise düzenli spor yapma (3,11)'ya ait olduğu (Tablo 7),
- Bireylerin triyaj kategorisi, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, BKİ, gelir algısı, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişi, kronik hastalık süresi, hastalığı ile ilgili bilgi düzeyi, acil servise başvuru sayısı, sağlığını algılama düzeyi, ve bireyde bulunan kronik hastalık ve hastaneye yatma sayısı değişkenlerinin grupları arasında ölçek puanlarının sıralama ortalamaları arasında fark olduğu (Tablo 7) ($p<,05$),
- Üç kavramdan oluşan KHÖ-EÖ'nin her bir kavramından alınan puanlara bakıldığında, en düşük puanın, Öz-yönetim Davranışları kavramından alındığı (5,1), ardından Sonuçlara Ulaşmada Öz-etkililik (5,55) ve en yüksek puanın ise Genel Öz-etkililik (6,5) kavramından alındığı tespit edilmiştir.
- Araştırmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin KHBDÖ puanları ve bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile ölçek puanları arasındaki fark sonuçları;
- Kronik hastalığı olan bireylerin KHBDÖ'nden aldıkları puanın $62,00\pm14,33$ ile orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlara bakıldığında; amaç belirleme (14,2) ve problem çözme (11,7) ortalamasının altında, izlem/koordinasyon (15,1) ve karar verme (9,55) orta düzeyde,

sadece hasta katılımı (11,3) alt boyutundan ortalamanın biraz üzerinde puan alındığı tespit edilmiştir (Tablo 10).

- Ölçekte verilen ifadelerden en düşük puanlar; hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim (2,23), Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı (2,17), Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim (2,40), Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi (2,62) gibi ifadelerden alındığı,
- Acil servise başvuran kronik hastalığı olan bireylerin, yaş, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi algısı, birlikte yaşanan kişi, kronik hastalık teşhis süresi (yıl), hastalığı ile ilgili bilgi durumu, acil servise başvuru sayısı, hastaneye yatma sayısı, sağlık algısı’’ değişkenlerinin grupları arasında KHBDO genel ve alt boyut puanlarının farklı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < ,05$).
- Kronik hastalıklarda öz-etkililik ölçeği ile kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği arasındaki ilişki sonuçları
- Acil servise başvuran kronik hastalığı olan bireylerin; kronik hastalıklarda öz-etkililik ölçeği ile kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği genel ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak pozitif doğrusal ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < ,05$) (Tablo 6).
- Bu sonuç doğrultusunda KHBDO genel puanları yükseldikçe, KHÖ-EÖ genel ve tüm alt boyut puanları yükselmektedir.

6.2 Öneriler

- Hemşirelerin kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerini artırmak için hastanın eğitim, bakım ve sosyal destek gereksinimlerini belirlemesi,
- Kronik hastalığı olan bireylerin tanı konulduğu ilk günden itibaren, yakın izlemde tutulması ve hasta ile ailesinin/birlikte yaşadıkları kişilerin eğitimlere alınarak desteklenmeleri,
- Kronik hastalıklar için “Hipertansiyon ve Kalp Damar Hastalıkları, KOAH, Böbrek hastalıkları v.b” Hemşire Eğitim ve Danışmanlık polikliniklerinin açılması,
- Hastaların özellikle yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi dikkate alınarak hastalığın yönetiminde ve izleminde, kısa aralıklı ve yüz-yüze yöntemler veya sağlık teknolojilerinin kullanılması gibi farklı yaklaşımların denenmesi,
- Hemşirelerin kronik hastalığı olan bireylere bakım verirken hastaların kişisel farklılıklarına uygun, öz-etkililik ve bilgi düzeylerini artıracak uygulamalara öncelik vermeleri,
- Kronik hastalıkların tedavisine uygun günlük yaşam aktivitelerinin yaşamsal önemlerinin ısrarla vurgulanmasına ve özendirici imkanların sağlanması için farklı kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapılmasına,
- Kronik hastalara bakım veren hemşirelere, kronik hastalıkların yönetiminde sağlık teknolojilerinin kullanımı ile ilgili bilgi bakım becerilerini artıracak, hizmet içi eğitimlerin yapılması, kurs veya seminerlere katılımlarının teşvik edilmesi,

- Medya, sivil toplum kuruluşları, üniversiteler ve sanayi kuruluşlarından destek alarak kronik hastalıklar ile ilgili toplumsal farkındalık oluşturulması,
- Kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerini ve etkileyen faktörleri ve hastaların aldıkları sağlık bakımından memnuniyet durumlarının ve etkili faktörlerin belirlenebilmesi için geniş çapta araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- [1] Ebrahimi Belil, F., Alhani, F., Ebadi, A., & Kazemnejad, A. (2018). *Self-Efficacy of People With Chronic Conditions: A Qualitative Directed Content Analysis*. Journal of clinical medicine, 7(11), 411.
- [2] Demaio, A. R., Nielsen, K. K., Tersbøl, B. P., Kallestrup, P., & Meyrowitsch, D. W. (2014). *Primary Health Care: A Strategic Framework for The Prevention And Control Of Chronic Non-Communicable Disease*. Global health action, 7(1), 24504.
- [3] World Health Organization (2018) *Global Status Report on Noncommunicable Diseases*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/eng.pdf> Erişim Tarihi: 21. Ekim.2019.
- [4] World Health Organization (2018) *Noncommunicable Diseases Country Profiles*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/eng.pdf> Erişim Tarihi: 19.10.2019.
- [5] K.K.T.C Sağlık Bakanlığı (2012) *Kuzey Kıbrısta Bulaşıcı Olmayan Hastlıkları*, <https://saglik.gov.ct.tr> Erişim Tarihi: 15.12.2019.
- [6] T.C Sağlık Bakanlığı (2020) *Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesine ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı 2013-2020*, [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser/db/yayinlar/Kitaplar/Kuresel/Eylem Planı 2013-2020.Pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser/db/yayinlar/Kitaplar/Kuresel/Eylem%20Planı%202013-2020.Pdf) Erişim Tarihi:02.12.2019.

- [7] Nishimura, R. A., Otto, C. M., Bonow, R. O., Carabello, B. A., Erwin, J. P., Fleisher, L. A., & Rigolin, V. H. (2017). *2017 AHA/ACC Focused Update Of The 2014 AHA/ACC Guideline For The Management Of Patients With Valvular Heart Disease: A Report Of The American College Of Cardiology/American Heart Association Task Force On Clinical Practice Guidelines*. Journal of the American College of Cardiology, 70(2), 252-289.
- [8] Pettigrew, L. M., De Maeseneer, J., Anderson, M. I. P., Essuman, A., Kidd, M. R., & Haines, A. (2015). *Primary Health Care And The Sustainable Development Goals*. The Lancet, 386(10009), 2119-2121.
- [9] Karadakovan A. ve Eti Aslan, F. (2011), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Nobel Tıp Kitap Evi, 105-117.
- [10] Gözümlü, S., ve Aksayan, S. (1999). *Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliliği*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1).
- [11] Bandura, A. (1982). *Self-Efficacy Mechanism In Human Agency*. American psychologist, 37(2), 122.
- [12] Korpershoek, C., van der Bijl, J., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2011). *Self-Efficacy And Its Influence On Recovery Of Patients With Stroke: A Systematic Review*. Journal of Advanced Nursing, 67(9), 1876-1894.

- [13] Kumsar, A. K., ve Yılmaz, F. T. (2014). *Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış*. Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2), 62-70.
- [14] Shahaj, O., Denny, D., Schwappach, A., Pearce, G., Epiphaniou, E., Parke, H. L., & Pinnock, H. (2019). *Supporting Self-Management For People With Hypertension: A Meta-Review Of Quantitative And Qualitative Systematic Reviews*. Journal of hypertension, 37(2), 264-279.
- [15] Pinnock, H. (2015). *Supported Self-Management For Asthma*. Breathe, 11(2), 98-109.
- [16] Lennon, S., McKenna, S., & Jones, F. (2013). *Self-Management Programmes For People Post Stroke: A Systematic Review*. Clinical Rehabilitation, 27(10), 867-878.
- [17] Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R. (1999). *Self-Efficacy: The Exercise Of Control*, American Psychological Association.
- [18] Korpershoek, C., van der Bijl, J., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2011). *Self-Efficacy And Its Influence On Recovery Of Patients With Stroke: A Systematic Review*. Journal of Advanced Nursing, 67(9), 1876-1894.
- [19] Topçu, S., ve Oğuz, S. (2018). *Translation And Validation Study For The Stroke Self-Efficacy Questionnaire In Stroke Survivors*. International journal of nursing practice, 24(4), e12646.

- [20] Rwegerera, G. M., Moshomo, T., Gaenamong, M., Oyewo, T. A., Gollakota, S., Rivera, Y. P., ... & Habte, D. (2018). *Health-Related Quality Of Life And Associated Factors Among Patients With Diabetes Mellitus In Botswana*. Alexandria journal of medicine, 54(2), 111-118.
- [21] Kulakçı, H., Kuzlu Ayyıldız, T., Emiroğlu, O. N., ve Köroğlu, E. (2012). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Öz Yeterlilik Algılarının ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi*. DEUHYO ED, 5 (2), 53-64.
- [22] Özkaptan, B. B., ve Kapucu, S. (2015), *Koah'lı Bireylerde Öz-Etkililiğin Geliştirilmesinde Evde Bakımın Önemi*. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 4(2), 74-80.
- [23] Ağdemir, B., ve Karakurt, P. (2017). *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Öz-Etkililik ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Erzincan.
- [24] Wagner, E. H. (2010). *Academia, Chronic Care, And The Future Of Primary Care*. Journal of general internal medicine, 25(4), 636-638.
- [25] Durna, Z., ve Akın, S., (2012), *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, Nobel Tıp Kitabevleri, s: 39-42, İstanbul.

- [26] Ahmadi, M., Shariati, A., Jahani, S., Tabesh, H., & Keikhaei, B. (2014). *The Effectiveness Of Self-Management Programs On Self-Efficacy İn Patients With Sickle Cell Disease*. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care, 3(3).
- [27] American College of Emergency Physicians. (2021) *Triage Scale Standardization* <https://www.acep.org> Erişim Tarihi:21.12.2019.
- [28] Köse A., Köse B., Öncü, M. R., ve Tuğrul, F. (2011). *Bir Devlet Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Profili ve Başvurunun Uygunluğu*. Gaziantep Medical Journal, 17(2), 57-62.
- [29] Çevik, C., ve Tekir, Ö. (2014). *Acil Servis Başvurularının Tanı Kodları, Triyaj ve Sosyo-Demografik Açıdan Değerlendirilmesi*. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2), 102-107.
- [30] Sillero-Sillero, A., & Zabalegui, A. (2019). *Safety And Satisfaction Of Patients With Nurse's İn The Perioperative*. Revista latino-americana de enfermagem, 27.
- [31] Türkmen E. (2012), *Kronik Hastalıklar ve Bakımın Önemi*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, ss: 1-9.
- [32] Stanley, M., & Pollard, D. (2013). *Relationship Between Knowledge, Attitudes, And Self-Efficacy Of Nurses İn The Management Of Pediatric Pain*. Pediatric nursing, 39(4).

- [33] Darawad, M. W., Hamdan-Mansour, A. M., Khalil, A. A., Arabiat, D., Samarkandi, O. A., & Alhussami, M. (2018). *Exercise Self-Efficacy Scale: Validation Of The Arabic Version Among Jordanians With Chronic Diseases*. Clinical nursing research, 27(7), 890-906.
- [34] Kankaya, H., Serap, Ö. Z. E. R., Korkmaz, M., Karabulut, Ö., ve Ece, K. U. R. T. (2017). *Yaşlı Hipertansif Hastalarda İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililiği*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 33(3), 1-10.
- [35] Demirbaş, N., ve Kutlu, R. (2020). *Çoklu İlaç Kullanan Yetişkin Bireylerin Tedaviye Uyumu Ve Öz-Etkililik Düzeyleri*. Ankara Medical Journal, 20(2), 269-280.
- [36] Körner, M., Bütof, S., Müller, C., Zimmermann, L., Becker, S., & Bengel, J. (2016). *Interprofessional Teamwork And Team Interventions In Chronic Care: A Systematic Review*. Journal of Interprofessional Care, 30(1), 15-28.
- [37] World Health Organization (2018) Innovative Care for Chronic Conditions, <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccreport/en> Erişim Tarihi: 10.03.2020.
- [38] Koşar, C., ve Besen, D. B. (2015). *Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(1), 45-51.

- [39] Kogan, A. C., Wilber, K., & Mosqueda, L. (2016). *Person-Centered Care For Older Adults With Chronic Conditions And Functional Impairment: A Systematic Literature Review*. Journal of the American Geriatrics Society, 64(1), e1-e7.
- [40] Türk Sanayicileri ve İş İnsanları Derneği (2019) *Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü* <https://tusiad.org/tr/tum/item,surdurulebilir-saglik-sistemi-icin-kronik-hastalik-rolu-raporu-ozet-bulgulari> Erişim Tarihi: 08.03.2020.
- [41] World Health Organization (2018) *Publications on NCD* <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/> Erişim Tarihi: 04.03.2020
- [42] Centers for Disease Control and Prevention (2019), *Chronic Disease Center*, <https://www.cdc.gov/chronicdisease/pdf>, Erişim Tarihi: 11.03.2020.
- [43] Pelin, M., ve Sert, H. (2018). *Patient Activation An Chronic Disease Management*. Recent Developments İn Nursing And Midwifery, 281.
- [44] Lee, J. T., Hamid, F., Pati, S., Atun, R., & Millett, C. (2015). *Impact Of Noncommunicable Disease Multimorbidity On Healthcare Utilisation And Out-Of-Pocket Expenditures İn Middle-Income Countries: Cross Sectional Analysis*. PloS one, 10(7).
- [45] Olivares, D. E., Chambi, F. R., Chañi, E. M., Craig, W. J., Pacheco, S. O., & Pacheco, F. J. (2017). *Risk Factors For Chronic Diseases And Multimorbidity İn*

- A Primary Care Context Of Central Argentina: A Web-Based Interactive And Cross-Sectional Study*. International journal of environmental research and public health, 14(3), 251.
- [46] Ng, R., Sutradhar, R., Yao, Z., Wodchis, W. P., & Rosella, L. C. (2020). *Smoking, Drinking, Diet And Physical Activity—Modifiable Lifestyle Risk Factors And Their Associations With Age To First Chronic Disease*. International journal of epidemiology, 49(1), 113-130.
- [47] Lotfaliany, M., Bowe, S. J., Kowal, P., Orellana, L., Berk, M., & Mohebbi, M. (2018). *Depression And Chronic Diseases: Co-Occurrence And Communalities Of Risk Factors*. Journal of affective disorders, 241, 461-468.
- [48] Bauer, U. E., Briss, P. A., Goodman, R. A., & Bowman, B. A. (2014). *Prevention Of Chronic Disease In The 21st Century: Elimination Of The Leading Preventable Causes Of Premature Death And Disability In The USA*. The Lancet, 384(9937), 45-52.
- [49] Aydemir, T., ve Çetin, Ş. (2019), *Kronik Hastalıklar ve Psikososyal Bakım*. Journal Of Anatolian Medical Research, 4(3), 42-48.
- [50] Kabalı, İ., ve Özcan S. (2020), *Diyabet Hastalığı Örneğinde Kronik Hastalar ve Hasta Yakınlarıyla İletişim*. Tıp Eğitimi Dünyası, 19(57), 109-119.

- [51] Dikmen, Y., Denat, Y., Başaran, H., ve Filiz, N. Y. (2016). *Hemşirelik Öğrencilerinin Öz Etkililik-Yeterlik Düzeylerinin İncelenmesi*. Çağdaş Tıp Dergisi, 6(3), 206-213.
- [52] Çalık, A., ve Kapucu, S. (2017). *Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 4(2), 62-75.
- [53] Taş, F., ve Akın, B. (2018). *Sağlığı Geliştirici Yaşam Tarzı Ve Öz Etkililik-Yeterlilik Durumunun Sosyo-Ekonomik Durum İle İlişkisi*. Sağlık Ve Toplum, 2, 24-38.
- [54] Köseoğlu Ö., Ö., ve Kürklü, A. (2017). *Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler*. Türkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri, 9(3).
- [55] Bahar, Z., ve Açıl D. (2014). *Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7(1), 59-67.
- [56] Özdemir, A., Kavak, F., ve Gültekin, A. (2019). *Tip 1 Diyabet Hastalarında Algılanan Sosyal Destek İle Öz Etkililik Durumunun Belirlenmesi*. Türkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri, 11(3).
- [57] Bakır, H., ve Hisar, K. M. (2016). *Bir Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Egzersize İlişkin Yarar ve Engel Algıları ve Öz Yeterlilik Durumu*. Genel Tıp Dergisi, 26(3).

- [58] Bandura, A. (2010). *Self-efficacy*. The Corsini encyclopedia of psychology, 1-3.
- [59] Dombrowski, J. J., Snelling, A. M., & Kalicki, M. (2014). *Health Promotion Overview: Evidence-Based Strategies For Occupational Health Nursing Practice*. Workplace health & safety, 62(8), 342-349.
- [60] Muslu, L., ve Ardahan, M. (2017). *Tip 2 Diyabet Tanılı Yetişkinlerde Motivasyonel Görüşmenin Etkisi: Sistematik Derleme*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 10(3), 167-176.
- [61] Song, H. Y., & Nam, K. A. (2017). *Psychometric Properties Of The Korean Version Of The Pulmonary Rehabilitation Adapted Index Of Self-Efficacy (PRAISE) For Individuals With COPD*. International journal of chronic obstructive pulmonary disease, 12, 2611.
- [62] Çidem, F., ve Ersin, F. (2019). *Kadınların Sosyal Destek ve Öz Etkililik Algılarının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi*. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 16(3), 183-190.
- [63] Tosun, A. S., ve Zincir, H. (2016). *Tip 2 Diabetes Mellitus' Ta Sağlık Davranış Değişiminde Transteoretik Model Temelli Motivasyonel Görüşme Tekniği*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8(1), 32-41.
- [64] Vatansever, Ö., ve Ünsar, S. (2014). *Determination Of Medical Treatment Adherence, Self-Efficacy Levels Of Patients With Essential Hypertension And Affecting Factors*. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 5(8), 66-74.

- [65] Turan Kavradim, S., Yangöz, Ş. T., Canli Ozer, Z., ve Boz, I. (2020). *Instruments To Assess Self-Efficacy Among People With Cardiovascular Disease: A COSMIN Systematic Review*. International Journal of Clinical Practice, 74(11), e13606.
- [66] Çallı, D. (2014). *Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Algısı Ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- [67] Koşar, C., ve Besen, D. B. (2015). *Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: Kavram analizi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(1), 45-51.
- [68] Freund, T., Gensichen, J., Goetz, K., Szecsenyi, J., ve Mahler, C. (2013). *Evaluating Self-Efficacy For Managing Chronic Disease: Psychometric Properties Of The Six-Item Self-Efficacy Scale In Germany*. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 19(1), 39-43.
- [69] Hevey, D., Wilson O'Raghallaigh, J., O'Doherty, V., Lonergan, K., & Marese Heffernan; Victoria Lunt; SineadMulhern; Damien Lowry; Niamh Larkin; Kathy McSharry; David Evans; Jackie Morris Roe; Mike Kelly; Peter Pardoe, Harry Ward; Sean Kinsella. (2020). *Pre-Post Effectiveness Evaluation Of Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) Participation On Health, Well-Being And Health Service Utilization*. Chronic illness, 16(2), 146-158.

- [70] Özkaptan, B. B., ve Kapucu, S. (2015). *Koah'lı Bireylerde Öz-Etkililiğin Geliştirilmesinde Evde Bakımın Önemi*. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 4(2), 74-80.
- [71] Graffigna, G., Barelo, S., Riva, G., Corbo, M., Damiani, G., Iannone, P., & Ricciardi, W. (2020). *Italian Consensus Statement On Patient Engagement In Chronic Care: Process And Outcomes*. International journal of environmental research and public health, 17(11), 4167.
- [72] Hamine, S., Gerth-Guyette, E., Faulx, D., Green, B. B., & Ginsburg, A. S. (2015). *Impact Of Mhealth Chronic Disease Management On Treatment Adherence And Patient Outcomes: A Systematic Review*. Journal of medical Internet research, 17(2), e52.
- [73] Karimlou, V., Mohammad-Alizadeh Charandabi, S., Malakouti, J., & Mirghafourvand, M. (2017). *Effect of Counseling on Self-Efficacy in Iranian Middle-Aged Women: A Randomized Controlled Clinical Trial*. Iranian Red Crescent Medical Journal, 19(11).
- [74] Olgun, N., ve Altun, Z. A. (2012). *Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Diyabet Hastalarının Bakım Uygulamalarına Etkisi*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 19(2), 46-57.
- [75] Karakurt, P., Aşilar, R. H., Yıldırım, A., Uygun, V., Tayfun, F., Akcan, M., ve Bozkurt, G. (2013). *Diyabetli Hastaların Öz-Bakım Gücü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi*. Collections, 14(1), 10.

- [76] Sürücü, H. A. (2014). *Diyabet Özyönetim Eğitimi, Grup Temelli Eğitim ve Bireysel Eğitim*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7(1), 46-51.
- [77] Boztilki, M., ve Ardiç, E. (2017). *Maneviyat ve Sağlık*. Journal of Academic Research in Nursing, 3(1), 39-45.
- [78] Rodger, D., Callaghan, N., & Thomson, C. (2018, September). *Are Retrofitted Social Houses Sufficiently Reflecting The Holistic Health And Wellbeing Requirements Of Older People?. In Association Of Researchers In Construction Management: Proceedings of 34th Annual ARCOM Conference 2018* (pp. 219-228). ARCOM.
- [79] Ay, F.A. (2015). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, s:37-75.
- [80] Özkan, H.A. (Ed.). (2014). *Hemşirelikte Bilim, Felsefe ve Bakımın Temelleri*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, s:36-52.
- [81] Altıok, H.Ö., Şengün, F., ve Üstün, B. (2011). *Bakım: Kavram analizi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4(3), 137- 140.
- [82] Farahaninia, M., Abasi, M., Seyedfatemi, N., JafarJalal, E., & Haghani, H. (2018). *Nurses' Attitudes Towards Spiritual, Care and Spiritual Care Practices*, 4(2), 61-68.

- [83] Midilli, T. S., Kalkım, A., ve Dağhan, Ş. (2017). *Spiritual Care-Related Opinions And Practices Of Nursing Students Hemşirelik Öğrencilerinin Manevi Bakıma İlişkin Görüş Ve Uygulamaları*. Journal of Human Sciences, 14(1), 666-677.
- [84] Bayındır, S. K., ve Biçer, S. (2019), *Holistik Hemşirelik Bakımı*. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(1), 25-29.
- [85] Bilgiç, Ş. (2017). *Hemşirelikte Holistik Bir Uygulama; Aromaterapi*. Namık Kemal Tıp Dergisi, 5(3), 134-141.
- [86] Dur, Ş., Gözen, D., ve Bilgin, M. (2016). *Devlet ve Özel Hastanedeki Hemşirelerin Aile Merkezli Bakıma İlişkin Tutum ve Davranışları*. Güncel Pediatri, 14(1), 1-9.
- [87] Ermiş, N., Kasar Sayın, K., Karaman, E., ve Yıldırım, Y. (2018). *Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Yorgunluk*. Turk J Cardiovasc Nurs, 9(20), 105-112.
- [88] Çınar, F., ve Eti Aslan, F. (2017). *Spiritüalizm ve Hemşirelik: Yoğun Bakım Hastalarında Spiritüel Bakımın Önemi*. JAREN: Journal of Academic Research in Nursing, 3(1), 37-42.
- [89] Erişen, M., ve Sivrikaya, S. K. (2017). *Manevi Bakım ve Hemşirelik*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3), 184-190.
- [90] Delaney, C., & Bark, L. (2019). *The Experience Of Holistic Nurse Coaching For Patients With Chronic Conditions*. Journal of Holistic Nursing, 37(3), 225-237.

- [91] The Importance of Holistic Nursing Care Carson-Newman (2019) *The Importance of Holistic Nursing Care* <https://onlinenursing.cn.edu/news/importance-holistic-nursing-care> Erişim Tarihi:11.03.2020.
- [92] Bulucu-Böyüksoy, G. D., Demir, G., Durmuş, H., ve Dazıroğlu, N. (2016). *Tip II Diyabetli Hastaya Klinikte Bütüncül Yaklaşımla Sunulan Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 3(3), 77-82.
- [93] Kalb, K. A., & O'Conner-Von, S. (2019). *Holistic Nursing Education: Teaching in a: Holistic Way*. Nursing education perspectives, 40(3), 162-164.
- [94] Bice, A. A., & Bramlett, T. (2019). *Teaching Nurses From a Holistic Comfort Perspective*. Holistic nursing practice, 33(3), 141-145.
- [95] Varol, E., ve Sivrikaya, S. K. (2018). *Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik*. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8(2), 89-96.
- [96] Sezgin, D., ve Mert H. (2015). *Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin Hemşirelik Bakımında Kanıta Dayalı Yaklaşımlar*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(2), 108-118.
- [97] Yildiz, F. T., Cingol, N., Yildiz, I., ve Kasikci, M. (2018). *Nurses' Perceptions Of Individualized Care: A Sample From Turkey*. International Journal of Caring Sciences, 11(1), 246.

- [98] Buldan, Ö., ve Kurban, N. K. (2018). *Kronik Hastalığı Olan Olguların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri İle Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11(4), 274-282.
- [99] Zlatanović, L. (2016). *Self-Efficacy And Health Behaviour: Some Implications For Medical Anthropology*. Glasnik Antropološkog društva Srbije, 51(1-2), 17-25.
- [100] Marsh, H. W., Pekrun, R., Parker, P. D., Murayama, K., Guo, J., Dicke, T., & Arens, A. K. (2019). *The Murky Distinction Between Self-Concept And Self-Efficacy: Beware Of Lurking Jingle-Jangle Fallacies*. Journal of educational psychology, 111(2), 331.
- [101] Özkan, F., Seviğ, Ü., ve Zincir, H. (2014). *Birden Fazla Kronik Hastalığı Olan Bir Çocuğa Orem Öz Bakım Yetersizliği Teorisine Göre Hemşirelik Bakımı Verilmesi: Bir Olgu Sunumu*. Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2), 71-79.
- [102] Boğan, F., ve Korkmaz, M. (2020). *Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hasta Grubunda İlaç Uyumu Yaşam Kalitesini Etkiliyor Mu?*. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(2), 191-198.
- [103] Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2016). *The Changing Nature Of Chronic Care And Coproduction Of Care Between Primary Care Professionals And Patients With COPD And Their Informal Caregivers*. International journal of chronic obstructive pulmonary disease, 11, 175.

- [104] Maskell, R. (2018). *Implementing A Technology-Based Chronic Care Model: A Case Study*. Electronic Thesis and Dissertation Repository. 5987. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/5987>.
- [105] Smidth, M., Christensen, M. B., Olesen, F., & Vedsted, P. (2013). *Developing An Active Implementation Model For A Chronic Disease Management Program*. International journal of integrated care, 13.
- [106] Moussa, L., Garcia-Cardenas, V., & Benrimoj, S. I. (2019). *Change Facilitation Strategies Used in the Implementation of Innovations in Healthcare Practice: A Systematic Review*. Journal of Change Management, 19(4), 283-301.
- [107] Baptista, D. R., Wiens, A., Pontarolo, R., Regis, L., Reis, W. C. T., & Correr, C. J. (2016). *The Chronic Care Model For Type 2 Diabetes: A Systematic Review*. Diabetology & metabolic syndrome, 8(1), 7.
- [108] Davy, C., Bleasel, J., Liu, H., Tchan, M., Ponniah, S., & Brown, A. (2015). *Effectiveness Of Chronic Care Models: Opportunities For Improving Healthcare Practice And Health Outcomes: A Systematic Review*. BMC health services research, 15(1), 194.
- [109] Barr, V., Robinson, S., marin Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., Salivaras, S. (2003). *An Integration Of Concepts And Strategies From Population Health Promotion And Chronic Care Model*. Hospital Quarterly, 7(1):73-82.

- [110] World Health Organization (2019) *Innovative Care for Chronic Conditions*, http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccc_exec_summary_eng.pdf.
Erişim Tarihi: 12.01.2021.
- [111] Kadu, M. K., & Stolee, P. (2015). *Facilitators And Barriers Of Implementing The Chronic Care Model In Primary Care: A Systematic Review*. BMC family practice, 16(1), 12.
- [112] Stellefson, M., Dipnarine, K., & Stopka, C. (2013). *Peer Reviewed: The Chronic Care Model And Diabetes Management In US Primary Care Settings: A Systematic Review*. Preventing chronic disease, 10.
- [113] İncirkuş, K., ve Nahcivan, N. Ö. (2015). *Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli*. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23(1), 66-75.
- [114] Adams, J. S., & Woods, E. R. (2016). *Redesign Of Chronic Illness Care In Children And Adolescents: Evidence For The Chronic Care Model*. Current opinion in pediatrics, 28(4), 428-433.
- [115] Comín-Colet, J., Enjuanes, C., Lupón, J., Cainzos-Achirica, M., Badosa, N., & Verdú, J. M. (2016). *Transitions Of Care Between Acute And Chronic Heart Failure: Critical Steps In The Design Of A Multidisciplinary Care Model For The Prevention Of Rehospitalization*. Revista Española De Cardiología (English Edition), 69(10), 951-961.

- [116] Grover, A., & Joshi, A. (2015). *An Overview Of Chronic Disease Models: A Systematic Literature Review*. Global journal of health science, 7(2), 210.
- [117] Smolowitz, J., Speakman, E., Wojnar, D., Whelan, E. M., Ulrich, S., Hayes, C., & Wood, L. (2015). *Role Of The Registered Nurse In Primary Health Care: Meeting Health Care Needs In The 21st Century*. Nursing Outlook, 63(2), 130-136.
- [118] Gee, P. M., Greenwood, D. A., Paterniti, D. A., Ward, D., & Miller, L. M. S. (2015). *The Ehealth Enhanced Chronic Care Model: A Theory Derivation Approach*. Journal of medical Internet research, 17(4), e86.
- [119] Körner, M., Bütof, S., Müller, C., Zimmermann, L., Becker, S., & Bengel, J. (2016). *Interprofessional Teamwork And Team Interventions In Chronic Care: A Systematic Review*. Journal of Interprofessional Care, 30(1), 15-28.
- [120] Osborn, R., Moulds, D., Schneider, E. C., Doty, M. M., Squires, D., & Sarnak, D. O. (2015). *Primary Care Physicians In Ten Countries Report Challenges Caring For Patients With Complex Health Needs*. Health affairs, 34(12), 2104-2112.
- [121] Krucien, N., Le Vaillant, M., & Pelletier-Fleury, N. (2014). *Adaptation And Validation Of The Patient Assessment Of Chronic Illness Care In The French Context*. BMC health services research, 14(1), 269.
- [122] Zuhur, Ş., ve Özpancar, N. (2017). *Türkiye'de Kronik Hastalık Yönetiminde Hemşirelik Modellerinin Kullanımı: Sistemik Derleme*. Turkish Journal Of Research & Development In Nursing, 19(2).

- [123] Mutluay, E., ve Özdemir, L. (2014). *Sağlık Bilişim Sistemleri Kapsamında Hemşirelik Bilişiminin Kullanımı*. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 22(3), 180-186.
- [124] Pericleous, M., Kelly, C., Ala, A., & De Lusignan, S. (2018). *The Role Of The Chronic Care Model In Promoting The Management Of The Patient With Rare Liver Disease*. Expert review of gastroenterology & hepatology, 12(8), 829-841.
- [125] Beck, J., Greenwood, D. A., Blanton, L., Bollinger, S. T., Butcher, M. K., Condon, J. E., ... & Kolb, L. E. (2018). *2017 National Standards For Diabetes Self-Management Education And Support*. The Diabetes Educator, 44(1), 35-50.
- [126] Kalav, S., ve Bektaş, H. (2018). *Tekrarlayan İnmenin Önlenmesinde Kronik Bakım Modeli: Özyönetim Destekli Bakım Yaklaşımları*. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(2), 27-32.
- [127] Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, A. B., Bozdemir, N., ve Aşılar, R. H. (2020) *Diyabet Öz Yönetiminde Çok Disiplinli Ekip Yaklaşımı*. Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care, 14(3), 479-491.
- [128] Karekla, M., Kasinopoulos, O., Neto, D. D., Ebert, D. D., Van Daele, T., Nordgreen, T., ... & Jensen, K. L. (2019). *Best Practices And Recommendations For Digital Interventions To Improve Engagement And Adherence In Chronic Illness Sufferers*. European Psychologist.

- [129] Badawy, S. M., Barrera, L., Sinno, M. G., Kaviany, S., O'Dwyer, L. C., & Kuhns, L. M. (2017). *Text Messaging And Mobile Phone Apps As Interventions To Improve Adherence In Adolescents With Chronic Health Conditions: A Systematic Review*. JMIR mHealth and uHealth, 5(5), e66.
- [130] Kayış, A. (2010). *Kronik Hastaların Bakımında Bütüncül Yaklaşım, Etkileyen Faktörler ve Kronik Hastalıklı Bireylerin Aileleri*. Acıbadem Hemşirelik E Dergisi (Elektronik Dergi) 23: 1-4.
- [131] Akpınar, N. B., & Ceran, M. A. (2019), *Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği*. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(2), 140-152.
- [132] National Association of Clinical Nurse Specialists (2019) *Addressing The Needs Of Patients With Chronic Conditions*, <https://nacns.org/professional-resources/toolkits-and-reports/addressing-the-needs-of-patients-with-chronic-conditions> Erişim Tarihi:12.03.2020.
- [133] Al-Khafajiy, M., Kolivand, H., Baker, T., Tully, D., & Waraich, A. (2019). *Smart Hospital Emergency System*. Multimedia Tools and Applications, 78(14), 20087-20111.
- [134] Fırat, B., Karataş, G., Barut, A., Metin, G., ve Sarı D. (2017). *Acil Servis Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 10(4), 229-235.

- [135] Yorulmaz, M., Karaalp, F., Bukecik, N., ve Özyılmaz, A. F. (2017). *Acil Servise Tekrar Başvuru Oranı Değerlendirmesi*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Ve Teknik Araştırmalar Dergisi, (14), 92-99.
- [136] Yıldız, S., ve Bilgili, N. (2016). *Acil Servise Başvuran Yaşlı Hastaların Bireysel Özellikleri Ve Başvuruların Değerlendirilmesi*. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1), 15-31.
- [137] Uğrak, U., Uzuntarla, Y., Cihangiroğlu, N., ve Akyüz, S. (2016). *Kronik Hastalık ile Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Abant Tıp Dergisi, 5(3), 158-165.
- [138] Ekim S., G. ve Cumhuri, Murat, T. (2019) *Acil Serviste Geriatrik Hastalar: Solunum Sıkıntısı ve Göğüs Ağrısı*, Van Tıp Derg 26(2): 232-235.
- [139] Yeşil, B., & Almış, B. H. (2017). *Bir Ruh Sağlığı Hastanesi Acil Servisine Başvuran Yaşlı Hastaların Sosyo Demografik ve Klinik Özellikleri*. Fırat Tıp Dergisi, 22(3).
- [140] Koçak, Y. (2018). *Acil Servise Başvuran Non-Travmatik 65 Yaş Üstü ve Altı Hastaların İstenilen Konsültasyonlar Açısından Niteliksel ve Niceliksel Olarak Retrospektif Yaklaşımla Karşılaştırılması*. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Bursa.
- [141] Aslaner, M. A. (2019) *Acil Servise Geriatrik Hastaların 72 Saat İçerisindeki Tekrar Başvuruları*. Acta Medica Alanya, 3(3), 267-271.

- [142] Toksöz, A., İkizceli, İ., Koyuncu, M., Biberoglu, S., Çakmak, F., ve Öztürk, D. (2020). *Acil Servise Başvuran ve Yeşil Triyaj Kodu Alan Hastalarda Aile Hekimliği Farkındalığı*. Ankara Medical Journal , vol.20, 416-425.
- [143] Küçükoglu, S., Köse, S., Aynur A., Ö. ve Kılıç, T. (2017). *Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Triyaj Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi*. Çocuk Acil Ve Yoğun Bakım Dergisi, 4(3), 116-122.
- [144] Tarhan, M. A., & Akın, S. (2016). *Trijaj Uygulamalarında Hemşirelerin Roller*. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3(2), 170-174.
- [145] Elbailh, A. H. (2017), *Trijaj Türleri*. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 26(4), 441-467.
- [146] Müzeyyen T. ve Semiha A. (2018), *Hemşirelik Öğrencilerinin Triyaj Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Sağlık ve Toplum Der. Yıl:28 , Sayı: 2.
- [147] Söyük, S., ve Kurtuluş, S. A. (2017). *Acil Servislerde Yaşanan Sorunların Çalışanlar Gözünden Değerlendirilmesi*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(4), 44-56.
- [148] Karcioğlu, Ö., ve Topaçoğlu, H. (2017) *Savaş ve Terör Afetlerinde Acil Servis Triyajı*. Okmeydanı Tıp Dergisi 33:1-8.

- [149] Acosta, A. M., Lima, M. A. D. D. S., Pinto, I. C., & Weber, L. A. F. (2020). *Care Transition Of Patients With Chronic Diseases From The Discharge Of The Emergency Service To Their Homes*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 41(SPE).
- [150] T.C Sağlık Bakanlığı (2020) *Triaj ve Triaj Sınıflandırılması*, <https://www.saglik.gov.tr/triajkilavuzu./rykov/263>, Erişim Tarihi:22.12.2020.
- [151] Özşaker, E., Korkmaz Demir F., ve Dölek M. (2011) "*Acil Servise Başvuran Yaşlı Hastaların Bireysel Özelliklerinin ve Başvuru Nedenlerinin İncelenmesi*." Türk Geriatri Dergisi 14.2 (2011): 128-134.
- [152] Sumer, S., Shear, J., ve Yener, A. L. (2019). *Bütünleşik Sağlık Modeli Yoluyla Türkiye’de İyileştirilmiş Bir Birinci Basamak Sağlık Sistemi’nin Kurulması*. Internet: www.worldbank.org s:202-473.
- [153] Bitton, A., Ratcliffe, H. L., Veillard, J. H., Kress, D. H., Barkley, S., Kimball, M., ... & Hirschhorn, L. R. (2017). *Primary Health Care As A Foundation For Strengthening Health Systems In Low-And Middle-Income Countries*. Journal of general internal medicine, 32(5), 566-571.
- [154] Chaiyachati, K. H., Hubbard, R. A., Yeager, A., Mugo, B., Lopez, S., Asch, E., ... & Grande, D. (2018). *Association Of Rideshare-Based Transportation Services And Missed Primary Care Appointments: A Clinical Trial*. JAMA internal medicine, 178(3), 383-389.

- [155] Adams, S., & Carryer, J. (2020). *How The Institutional And Policy Context Shapes The Establishment Of Nurse Practitioner Roles And Practice In New Zealand's Primary Health Care Sector*. Policy, Politics, & Nursing Practice.
- [156] American Nurses Association (2020) *Care Coordination And The Essential Role Of Nurses*, <https://www.nursingworld.org> Erişim Tarihi: 25.12.2020.
- [157] Bektaş Akpınar, N., Aşkın Ceran, M., şafak, ř., ve Özkalp, B. (2019). *Hemodiyaliz Hastalarının Öz Yeterlilik Durumu, Bakım Gereksinimi ve Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirebilme Düzeyleri*. Hemşirelik Bilimi Dergisi,1;6.
- [158] Bakır, N., ve Demir, C. (2020) *Hemşirelerin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ve Bütüncül Hemşirelik Yeterliliği*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(3), 109-117.
- [159] Karabudak, S. S., ve Yıldırım, B. (2011). *Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Çocuk Hastanın Hemşirelik Bakımında Eleştirel Düşünme*. Ejovoc (Electronic Journal Of Vocational Colleges), 1(1), 95-105.
- [160] Ceyhan, Y. ř., ve Ünsal, A. (2018). *Farklı Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Elektronik Dergisi, 11(4).
- [161] Lee, E., & Park, E. (2017). *Self-Care Behavior And Related Factors In Older Patients With Uncontrolled Hypertension*. Contemporary nurse, 53(6), 607-621.

- [162] Bonsaksen, T., Lerdal, A., Heir, T., Ekeberg, Q., Skogstad, L., Grimholt, T. K., & Schou-Bredal, I. (2019). *General Self-Efficacy In The Norwegian Population: Differences And Similarities Between Sociodemographic Groups*. Scandinavian journal of public health, 47(7), 695-704.
- [163] Daniali, S. S., Darani, F. M., Eslami, A. A., & Mazaheri, M. (2017). *Relationship Between Self-Efficacy And Physical Activity, Medication Adherence In Chronic Disease Patients*. Advanced biomedical research, 6.
- [164] Özgül, E., ve Yanık, Y. T. (2016). *Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19(3).
- [165] Devarajoo, C., & Chinna, K. (2017). Depression, distress and self-efficacy: The impact on diabetes self-care practices. *PloS one*, 12(3), e0175096.
- [166] Kara, D., ve Yılmaz, E. (2020). *Açık Kalp Cerrahisi Yapılan Hastalarda Öz Yeterliliğin İlaç Uyumu ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 34(1), 55-62.
- [167] Ergin, Ç., ve Muz, G. (2019). *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Tanısı Almış Bireylere Verilen İnhaler İlaç Eğitiminin Öz-Bakım Gücü ve Öz-Yeterlilik Düzeyine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.,

- [168] Barham, A., Ibraheem, R., & Sa'ed, H. Z. (2019). *Cardiac Self-Efficacy And Quality Of Life İn Patients With Coronary Heart Disease: A Cross-Sectional Study From Palestine*. BMC cardiovascular disorders, 19(1), 1-12.
- [169] Bayrak, B., Yıldırım, G., Oğuz, S., Sağaltıcı, Ç., Doğanay, E., Özdemir, F., & Enez, Ö. F. (2019). *Kalp Yetersizliği Hastalarında Öz Bakımı Değerlendirme ve Etkileyen Risk Faktörlerin Belirlenmesi*. Turk J Cardiovasc Nurs, 10(23), 114-121.
- [170] Doğan, M. D., Çadırlı, Ş., Paçaçı, M., ve Arslan, Y. (2019) *Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bakıma İlişkin Değerlendirmeleri ve Öğrenim Gereksinimleri*. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1:6.
- [171] Dede, B., Eser, E., Dünder, P. E., ve Özcan, C. (2017). *Kronik Hastalık Bakım/Hizmet Değerlendirme Ölçeği Hasta Anketinin Türkçe Sürümünün Çeşitli Sürengen Hastalıklardaki Yapı Geçerliliği*. Sağlık ve Toplum, 27(3), 56-63.
- [172] Yıldız, E., ve Güngörmüş, Z. (2017). *Kalp Yetersizliği Hastalarının Kronik Hastalık Bakım Hizmetine Yönelik Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi*. Mn Kardiyoloji, 24(4), 140-144.
- [173] Tuncay, F. Ö., ve Fertelli, T. K. (2019). *Nörolojik Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Bakımına İlişkin Değerlendirmeleri Evaluations Of The Chronic Disease Care From Perspective Of Individuals With Neurological Disease*. Bozok Tıp Dergisi, 9(1), 14-21.

- [174] Özdelikara, A., Taştan, A., ve Atasayar, B. Ş. (2020) *Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi ve Uyumun Değerlendirilmesi*. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(1), 42-49.
- [175] Akan, G. (2019). *Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Durumları İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- [176] Semra, A. Y., ve Arpacı, P. (2017). *Hastanede Yatan Hastaların Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi*. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4(1), 527-532.
- [177] Öncü, E., Vayisoğlu, S. K., Güven, Y., Aktaş, G., Ceyhan, H., ve Karakuş, E. (2018). *Hipertansiyonu Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve Sağlık Okur-Yazarlığı İle İlişkisi*. Anatol JFM; 1; 31-32.
- [178] Gawlik, N. R., & Bond, M. J. (2018). *The Role Of Negative Affect In The Assessment Of Quality Of Life Among Women With Type 1 Diabetes Mellitus*. Diabetes & metabolism journal, 42(2), 130.
- [179] Kaya, Ç. A., İçen, F., Uğuz, K., Şimşek, M., Akman, M., ve Akturan, S. (2013). *Kronik Hastalık Bakımının Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi*. The Journal of Turkish Family Physician, 4(3), 1-9.

- [180] Karabulutlu, E. Y., Atman, R., ve Yağcı, S. (2015). *Kronik Hastalığı Olan Bireylere Verilen Bakımın Değerlendirilmesi*. Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(1), 16-30.
- [181] Üstünova, E., ve Nahcivan, N. (2015). *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve İlişkili Faktörler*. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23(1), 11-22.
- [182] Tekin, H., ve Polat, Ü. (2018). *Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Hastalık Algısı ve Bakımlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi*. Genel Tıp Dergisi, 28(1).
- [183] Hançerlioğlu, S., ve Aykar, F. Ş. (2018). *Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(1), 175-183.
- [184] Kılıç, M. (2016) *Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Etkililik Düzeyleri ve Sağlık Kontrol Odağı İle İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- [185] Takcı, M. A., ve Yıldırım, G. (2021) *Diyabet Hastalarına Sağlık İnanc Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Sağlık İnancına, Öz Etkililik Algısına ve Karar Verme Düzeyine Etkisi*. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 11(1), 73-82.
- [186] Messina, R., Rucci, P., Sturt, J., Mancini, T., & Fantini, M. P. (2018). *Assessing Self-Efficacy In Type 2 Diabetes Management: Validation Of The Italian Version*

Of The Diabetes Management Self-Efficacy Scale (IT-DMSES). Health and quality of life outcomes, 16(1), 1-9.

[187] Sarı, E., ve Çırpan, R. (2020). *KOAH Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Öz Bakım Gücüne Etkisi*, Yüksek Lisans tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.

[188] Doğan, M. D., Tosun, E., ve Tek, A. D. (2018). *Perception Of Disease, Quality Of Life, Self-Care Management In Chronic Illness*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(3), 33-40.

[189] Nie, R., Han, Y., Xu, J., Huang, Q., & Mao, J. (2018). *Illness Perception, Risk Perception And Health Promotion Self-Care Behaviors Among Chinese Patient With Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Survey*. Applied Nursing Research, 39, 89-96.

[190] Kara, A., Sivrikaya, S. K., ve Yıldız, H. (2020) *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesi*. YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1:1:35-40.

[191] Türkiye İstatistik Kurumu (2020) *Türkiye Sağlık Araştırması*
<https://www.tuik.gov.tr/media/microdata/pdf/turkiye-saglik-arastirmasi.pdf>.

Erişim Tarihi: 16.05.2021

- [192] Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., & Hobbs, M. (2001). *Effect Of A Self-Management Program On Patients With Chronic Disease*. *Effective clinical practice: ECP*, 4(6), 256-262.
- [193] Glasgow, R. E., Wagner, E. H., Schaefer, J., Mahoney, L. D., Reid, R. J., & Greene, S. M. (2005). *Development And Validation Of The Patient Assessment Of Chronic Illness Care (PACIC)*. *Medical care*, 436-444.

EKLER

Ek 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ARAŞTIRMANIN ADI: KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN ÖZ ETKİLİLİK DÜZEYLERİ İLE ALDIKLARI BAKIM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Bu form ile “*Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Etkililik Düzeyleri İle Aldıkları Bakım Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Emre ERÇEN sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı: Bu çalışmanın amacı; “*Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Etkililik Düzeyleri İle Aldıkları Bakım Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*”ni belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın Yöntemi: Araştırmanın kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Acil servise başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun bireyler, acil gözlem odasında yatağına alındığında (hasta rahatladıktan sonra), araştırmacı tarafından araştırmanın amacı, anketin uygulama süresi açıklanıp, ‘Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu’ ile yazılı onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile verilerin toplanması planlanmaktadır.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :
Gereksininiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Emre ERÇEN

Görevi : Hemşire
Telefon: 05338314851

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Emre ERÇEN ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Hemşire Emre ERÇEN

Adres: Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Tel:

İmza:

Tarih:

Ek 2: Tanıtıcı Bilgi Formu

KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ HASTA TANITIM FORMU

Anket No:

Boy:

Kilo:

BKI:

1. Cinsiyetiniz nedir?

1. Kadın
2. Erkek

2. Kaç yaşındasınız?.....

3. En son hangi okuldan mezun oldunuz?

1. İlkokul
2. Ortaokul
3. Lise
4. Yüksekokul/Fakül.
5. Diğer (ise açıklayınız.....)

4. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli
2. Evli değil/ bekar

5. Çocuk sayısı:

1. Yok
2. 1 çocuk
3. 2 çocuk
4. 3 çocuk
5. 4 çocuk ve üzeri

6. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1. Tam zamanlı çalışan
2. Yarı zamanlı ya da mevsimlik çalışan
3. Hiç çalışmıyor
4. Diğer (ise açıklayınız.....)

7. Hangi işle uğraşıyorsunuz?

1. Ev hanımı
2. İşçi
3. Memur
4. Emekli
5. Çiftçi
6. Esnaf
7. Diğer (ise açıklayınız.....)

8. Size göre gelir durumunuz nasıldır?

1. Çok iyi
2. İyi
3. Orta
4. Kötü
5. Çok kötü

9. Aile tipiniz nedir?

1. Çekirdek Aile
2. Geniş Aile
3. Parçalanmış Aile

10. Şu anda kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1. Yalnız başına
2. Eşi ile birlikte
3. Eşi ve çocuk/çocukları ile
4. Çocuğunun ailesiyle
5. Diğer (ise açıklayınız.....)

11. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet (ise yılı..... paket.....)
2. Hayır
3. Bıraktım

12. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet (ise yılı.....miktarı.....)
2. Hayır
3. Bıraktım

13. Kronik hastalığınız nedir? (Birden fazla var ise en uzun süredir olanı işaretleyiniz)

1. KKY
2. KOAH
3. DM
4. Artrit
5. KBY

14. Hastalığınızın tanısı konulalı ne kadar oldu? Yazınız

15. Yukarıda belirtilen hastalığın dışında farklı hastalık/larınız var mı?

1. Evet (ise açıklayınız.....)
2. Hayır

16. Şu anki mevcut hastalığınıza ilişkin eğitiminiz/bilginiz var mı?

1. Evet
2. Kısmen
3. Hayır (ise 18.soruya geçiniz)

17. Cevabınız “Evet” ya da “Kısmen” ise hastalıkla ilgili eğitimi\bilgiyi nereden aldınız? (Birden fazla yanıt verebilirsiniz)

1. Doktordan
2. Hemşireden
3. Televizyon ve Radyodan
4. Dergilerden ya da broşürlerden
5. İnternette
6. Diğer (ise açıklayınız.....)

18. Hastalığınız ile ilgili bilgi düzeyinizin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Evet
2. Kısmen
3. Hayır

19. Hastalığınıza yönelik bir egzersiz programı uyguluyor musunuz?

1. Evet
2. Bazen
3. Hayır

20. Hastalık nedeni ile kişisel bakımınızı/ihtiyaçlarınızı karşılayamadığınız oluyor mu?

1. Evet
2. Bazen
3. Hayır

21. Hastalığınız yapmayı planladığınız işlere engel oluyor mu?

1. Evet
2. Bazen
3. Hayır

22. Hastalığınız nedeniyle bundan önceki son 6 ayda hastanede yattınız mı?

1. Evet yattım (.....kez yattı)
2. Hayır yatmadım

23. Sağlığınızı nasıl algıyorsunuz?

1. Çok iyi
2. İyi
3. Orta
4. Kötü
5. Çok kötü

Ek 3: Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu

Biz sizin belirli eylemleri icra etmede kendinize ne kadar güven duyduğunuzu bilmek istiyoruz. Aşağıdaki her bir soru için, lütfen şu anda düzenli bir şekilde altta yazılı görevleri yerine getirme öz güveninize karşılık gelen numarayı daire içine alın.

ÖZ-YÖNETİM DAVRANIŞLARINI GERÇEKLEŞTİRMEK İÇİN ÖZ-ETKİLİLİK

Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma

1. Aktif-pasif egzersiz, ağırlık kullanma gibi hafif bir şekilde kas güçlendirme veya esnetme çalışmalarını haftada 3 ya da 4 kez yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var
2. Yürüme, yüzme veya bisiklete binme gibi aerobik egzersizlerini haftada 3 veya 4 kez yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var
3. Semptomları daha kötü hale getirmeden, egzersiz yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var

Hastalık Hakkında Bilgi Alma

4. Hastalığınız hakkında toplum kaynaklarından bilgi almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var
--	-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma

5. Alışveriş yapma, yemek pişirme ve ulaşım gibi günlük ihtiyaç duyduğunuz ev işlerinde, aile ve arkadaşlarınızdan yardım almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var
6. Birinin size dinlemesi ya da sorunlarınız üzerine konuşmada, aile ve arkadaşlarınızdan duygusal destek almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var
7. Bahçe işleri, yemek hazırlama veya kişisel temizlik gibi günlük işlerinize ilişkin, ihtiyaç duyduğunuzda aileniz veya arkadaşlarınız dışındaki kaynaklardan yardım almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var

Doktorla İletişim

8. Hastalığınız hakkında doktora bir şeyler sormada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var
--	-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

nuz?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Hastalığınızla ilgili olabilecek kişisel bir sıkıntınızı açık bir şekilde doktorunuzla paylaşmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok								tamamen güvenim var	
10. Hastalığınızın seyrinde farklılıklar yaşadığınızda bunları doktorunuzla çözümlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok								tamamen güvenim var	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

GENEL ÖZ-ETKİLİLİK

Genel Hastalık Yönetimi

11. Hasta olma, genellikle hastalığı yönetmek için farklı görev ve aktiviteleri yapmak anlamına gelir. Hastalığınızı düzenli bir şekilde yönetmek için ihtiyaç duyduğunuz tüm şeyleri yapabilmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok								tamamen güvenim var	
12. Sağlık durumunuzu yönetmek adına bir doktora muayene olma ihtiyacınızı azaltmak için gereksinim duyduğunuz farklı görev ve aktiviteleri yapabilmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok								tamamen güvenim var	
13. Günlük yaşantınızı etkilememesi için sağlık durumunuzdan kaynaklı duygusal gerginliğinizi azaltmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok								tamamen güvenim var	
14. Hastalığınızın günlük yaşantınızı etkileme düzeyini azaltmak için sadece ilaç almanın dışında bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok								tamamen güvenim var	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SONUÇLARA ULAŞMAK İÇİN ÖZ-ETKİLİLİK

Ev İşlerini Yapma

15. Sağlık sorunlarınıza rağmen getir götür işlerinizi yaptırma kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok								tamamen güvenim var	
16. Sağlık sorunlarınıza rağmen alışverişinizi yaptırma kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok								tamamen güvenim var	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sosyal/Eğlence Aktiviteleri

17. İlgi alanlarınız ve sizi eğlendiren etkinlikleri sürdürmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok								tamamen güvenim var	
18. Sosyal ziyaretler ve eğlence gibi arkadaşlarınız ve ailenizle birlikte yapmayı sevdiğiniz aktiviteleri sürdürmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok								tamamen güvenim var	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Semptomlarla Başa Çıkma

19. Fiziksel rahatsızlığınızı veya ağrınızı azaltmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	tamamen güvenim var
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
20. Hastalığınızdan kaynaklı yorgunluğunun yapmak istediğiniz şeylerden sizi alıkoymasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	tamamen güvenim var
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
21. Hastalığınızdan kaynaklanan fiziksel rahatsızlığınızı veya ağrınızı, yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	tamamen güvenim var
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
22. Hastalığınızdan kaynaklı herhangi bir başka belirtinin veya sağlık sorununun yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	tamamen güvenim var
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
23. Herhangi bir belirtinin veya sağlık sorununun, yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını kontrol edebilmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	tamamen güvenim var
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Nefes Darlığı İle Başa Çıkma

24. Nefes darlığınızın, yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	tamamen güvenim var
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Depresyonu Yönetme/Kontrol

25. Yaptığınız herhangi bir şeyin herhangi bir farklılık yaratmadığını gördüğünüzde cesaretinizin kırılmasını engellemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	tamamen güvenim var
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
26. Üzgün veya moral yönünden çökmüş hissetmenizi engellemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	tamamen güvenim var
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
27. Kendinizi yalnız hissetmenizi engellemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	tamamen güvenim var
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

28. Yalnız hissettiğinizde kendinizi daha iyi hissettirecek bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	tamamen güvenim var
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
29. Cesaretiniz kırılmış hissettiğinizde kendinizi daha iyi hissettirecek bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	tamamen güvenim var
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
30. Üzgün veya moral yönünden çökmüş hissettiğinizde kendinizi daha iyi hissettirecek bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	tamamen güvenim var
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Ek 4: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Türkçe PACIC)

Kronik ya da uzun süren bir hastalığınız olduğunda, sağlıklı ve mutlu bir şekilde yaşamınızı sürdürmeniz zor olabilir. Hastalığınız konusunda size yardım edebilmemiz için, hekim, hemşire gibi sağlık görevlileri tarafından size sunulan bakım hizmetleri hakkında görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Bu hizmetler sizinle uzun süredir ve düzenli olarak ilgilenen tüm sağlık görevlilerini kapsamaktadır. Bu konuda vereceğiniz bilgiler, gelecekte sizin gibi kronik sağlık sorunu olan hastaların daha iyi bakım almalarını sağlamak için yol gösterici olacaktır. Bize verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve doktorunuz, hastanemiz, kliniğiniz veya diğer sağlık görevlileri ile paylaşılmayacaktır.

Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, **son 6 ay içinde hastalığınız ile ilgili aldığınız bakımı değerlendiriniz**. Bakımınızla ilgili olan ifadeleri sıklık derecesini düşünerek, her bir ifadeye ilişkin görüşlerinizi en iyi yansıtan ya da size en uygun gelen seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Burada doğru ya da yanlış fikir yoktur. Lütfen her bir ifadenin cevaplanmış olmasına dikkat ediniz.

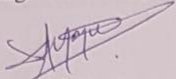
Son 6 ay içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımnda;	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Kendi bakımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. Hastalığımın hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Ek 5: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni

 Doğu Akdeniz Üniversitesi "Erdem, Bilgi, Gelişim"	Eastern Mediterranean University "Virtue, Knowledge, Advancement"	99638, Gazimağusa, KUZZEY KIBRIS / Famagusta, North Cyprus, via Mersin-10 TURKEY Tel: (+90) 392 630 1995 Faks/Fax: (+90) 392 630 2919 E-mail: bayek@emu.edu.tr
Etik Kurulu / Ethics Committee		
Sayı: ETK00-2019-0196		24.09.2019
Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.		
Sayın Emre Erçen		
Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans Öğrencisi.		
Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 24.09.2019 tarih ve 2019/21-05 sayılı kararı doğrultusunda "Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Etkililik Düzeyleri ile Aldıkları Bakım Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" adlı yüksek lisans tez çalışmanız, Yrd. Doç. Dr. Handan Sezgin danışmanlığında, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.		
 Prof. Dr. Fatma Güven Lisaniler Etik Kurulu Başkanı Y.		
FGL/ns.		
www.emu.edu.tr		

Ek 6: Kurum İzni

	K.K.T.C SAĞLIK BAKANLIĞI DR BURHAN NALBANTOĞLU DEVLET HASTANESİ	
Sayı: YTK.1.01 (EK020/20)		Tarih: 03.07.2020
Sn. Yük Hem Emre Erçen,		
Etik Kurulumuzun 13 Mayıs 2020 tarihinde yapmış olduğu toplantıda, “Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Etkililik Düzeyleri ile Aldıkları Bakım Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” konulu araştırmanız tarafımızdan değerlendirilmiş olup Etik Kurulumuz tarafından uygun görülmüştür. Bilgilerinize saygılarımızla sunulur, başarılar dileriz.		
 Etik Kurul YK adına Doç Dr Düriye Deren Oygur		
İLETİŞİM Tel: +90 392 22 85441 Fax: + 90 392 22 31899 Email: lbndtanitim@gmail.com		

Ek 7: Acil Servis Klinik İzin Yazısı

LEFKOŞA DR. BURHAN NALBANTOĞLU DEVLET HASTANESİ
ETİK KURUL BAŞKANLIĞINA

Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Acil servise başvuran hastalarla "Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Etkililik Düzeyleri İle Aldıkları Bakım Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez araştırmamı yapmak istiyorum. Araştırma sırasında klinikte karşılaşılabileceğimiz herhangi bir sorun karşısında Acil servisi klinik şefinin desteği alınacaktır. Bu konuda kendisi bilgilendirilerek onayı alınmıştır.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

30.09.2019

Emre ERÇEN

DAÜ YL Öğrencisi Araştırmacı

Çalışmadan Bilgim ve Onayım vardır.

Ziba Songur Yücel

Acil Servis Klinik Şefi

Dr. Burhan Nalbantoğlu
Devlet Hastanesi
Uzm.Dr. Ziba Yücel
Dip.No: 803735
Acil Tıp Uzmanı

Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi

Acil Servis Klinik Şefi

Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi acil servise başvuran hastalara '*Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz Etkililik Düzeyleri ilke Aldıkları Bakım Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*' ni belirlemek amacıyla, planladığımız tanımlayıcı-kesitsel araştırmayı yapmak istiyoruz. Araştırmanın yürütülebilmesi için izinlerinizi ve onaylamanızı saygılarımla arz ederim.

04.10.2019

Yrd. Doç. Dr. Handan SEZGİN

DAÜ SBF Hemşirelik Bölümü

Tez Danışmanı

Emre Erçen

DAÜ YL Öğrencisi Araştırmacı

UYGUNDUR(✓)

UYGUN DEĞİLDİR()

Tarih:

Tarih:

Klinik Şefi:

Klinik Şefi:

İsim-Soyisim:

İsim-soyisim:

İmza:

İmza:

Dr. Burhan Nalbantoğlu
Devlet Hastanesi
Uzm. Dr. Ziya Yücel
Dip.No: 803735
Acil Tıp Uzmanı

Ek 8: Öz-Etkililik Ölçeği İzin Yazısı

14.06.2021

Posta - emre emre erçen - Outlook

Re: kronik hastalıklarda öz-etkililik düzeyi

Yasemin Ceyhan <yasemin-ceyhan@hotmail.com>

26.06.2019 Çar 09:44

Kime: elmira emre erçen <elmira_85@hotmail.com>

Merhaba Emre Bey, Kronik Hastalıklarda Öz-etkililik Ölçeğinin kullanılmasında tarafımızca bir sakınca yoktur. Sonuçlardan bizi haberdar ederseniz sevinirim. Çalışmanızda başarılar dileriz.

iPhone'umdan gönderildi

elmira emre erçen <elmira_85@hotmail.com> şunları yazdı (21 Haz 2019 11:09):

Sayın Hocam

Doğu Akdeniz Üniversitesinde Yrd. Doç. Dr. Handan SEZGİN'in danışmanlığında Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisiyim. Tarafınızdan Geçerlilik Güvenirliliği Yapılan "Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği"ni tezimde kullanmak istiyorum. Ölçeğinizi Kullanmama İzin Verir Ve Kullanmayla İlgili Not Veya Önerilerinizi de iletirseniz çok sevinirim
İyi Çalışmalar,
Saygılarımla.

Emre Erçen
05338314851

Ek 9: Kronik Hastalıklarda Bakım Değerlendirme Ölçeği İzin Yazısı

← Fwd: Ölçek Kullanım İzni

[iOS için Outlook](#) uygulamasını edinin

Gönderen: Handan Sezgin
Gönderildi: Wednesday, July 10, 2019 10:22:07 PM
Kime: kubraincirkus@trakya.edu.tr
Konu: Re: Ölçek Kullanım İzni

Çok teşekkür ederim

[iOS için Outlook](#) uygulamasını edinin

Gönderen: kubraincirkus@trakya.edu.tr <kubraincirkus@trakya.edu.tr>
Gönderildi: Wednesday, July 10, 2019 9:42:21 PM
Kime: Handan Sezgin
Konu: Ölçek Kullanım İzni

Sayın Dr.Ogr.Uyesi Handan SEZGIN ,

Prof.Dr. Nursen NAHCIVAN hocamla birlikte geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız **Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu**'nu çalışmanızda elbette kullanabilirsiniz. Dokuz Eylül Üniversitesi HYO E-Dergisi'nin 2011 temmuz sayısındaki makalemizden kısa ve öz bilgilere ulaşabilir ve kaynak olarak da onu kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği ve ilgili makaleyi size gönderiyorum.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Dr. Öğr. Üyesi Kübra İNCİRKUŞ

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Balkan Yerleşkesi, 22030 Merkez/Edirne Telefon: (0284) 213 30 42 (Dahili: 2128)

[Yanıtla](#) | [İlet](#)