

Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Hastalık Algısı *Illness Perception in Elderly Individuals with Chronic Disease*

¹Elif OKUR, ¹Rahşan KARAÇAL, ¹Canan SARI

Özet: Araştırma kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin hastalık algısını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Çalışma Ocak 2023-Mart 2023 tarihleri arasında 10'u kadın 45'i erkek olmak üzere toplam 55 kronik hastalığı olan birey ile tamamlandı. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 70,21±5,35'tir. Veriler katılımcı soru formu ve Kısa Hastalık Ölçeği ile toplandı. Katılımcıların %40'ı fazla kilolu, %58,2'sinde hipertansiyon, %49,1'inde diyabet, %18,2'sinde KOAH ve %16,4'ünde kardiyovasküler hastalık bulunmaktaydı. Müstakil evde yaşayan yaşlı bireylerde asansörlü apartman dairesinde yaşayanlara göre KHAÖ ölçeği ortalama puanı anlamlı derecede yüksekti (p=0.047). Kardiyovasküler hastalığı olmayan hastalarda KHAÖ ortalama puanı anlamlı derecede daha yüksekti (p=0.000). KOAH, diyabet, hipertansiyonu olan bireylerin hastalık algısı daha olumsuz etkilenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hastalık Algısı, Kronik Hastalıklar, Yaşlı

Abstract: This study was carried out to determine the perception of illness and the affecting factors of elderly individuals with chronic diseases. The study was completed with a total of 55 individuals with chronic diseases, 10 female and 45 male, between January 2023 and March 2023. The mean age of the individuals participating in the study was 70.21±5.35. Data were collected with the participant questionnaire and the Brief Illness Scale. 40% of the participants were overweight, 58.2% had hypertension, 49.1% had diabetes, 18.2% had COPD and 16.4% had cardiovascular disease. The mean score of the SCAS scale was significantly higher in the elderly individuals living in a detached house compared to those living in an apartment with an elevator (p=0.047). Mean SCAS score was significantly higher in patients without cardiovascular disease (p=0.000). The perception of illness of individuals with COPD, diabetes and hypertension was more negatively affected.

Keywords: Perception of Disease, Chronic Illness, Elderly

¹ Trabzon Üniversitesi, Tonya Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Yaşlı Bakım Programı, Trabzon, Türkiye

GİRİŞ

Dünyada yaşlı nüfus oranı giderek artmakta ve 2050 yılına kadar %12'den %22'ye yükseleceği öngörülmektedir. Geçmişe göre ülkelerde nüfusun yaşlanma hızının çok hızlı arttığı ve yaşlı bireylerin %80'inin önümüzdeki 20-30 yıl içerisinde düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (World Health Organization, 2022). Türkiye'de de dünyadaki duruma paralel olarak ise 2021 yılında yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %9.7 olmuştur (Türkiye İstatistik Kurumu, 2022). Ortalama yaşam süresinin uzaması kronik hastalıkların görülme oranları da artmıştır. Kronik hastalıklar nedeniyle 41 milyon kişi her yıl yaşamını yitirmektedir. Ölümün %74'ünü kronik hastalık nedeniyle gerçekleşen ölümler oluşturmaktadır ve bu ölümlerin %86'sı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşanmaktadır (World Health Organization, 2022).

Dünya çapında kronik hastalıklara bağlı ölümlerin başlıca sebebinin kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet oluşturmaktadır (World Health Organization, 2022). Bizim ülkemizde de yaşlılarda başlıca ölüm ve ölüm nedenleri kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, solunum sistemi hastalıkları, endokrin-beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklardan kaynaklanmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2022)

Uzun süreli ve yavaş ilerlemesi olan kronik hastalıklar; bireylerin yaşamını olumsuz olarak etkilemesinin yanında belirli kurallara uyma ve yaşam şeklini değiştirme zorunluluğuna yol açar (Rosner, 2006). Kronik hastalıkları olan bireylerin tedaviye uyumu morbidite, mortalite ve yaşam kalitesi için oldukça önemli olmakla birlikte çoğu faktör hastaların tedaviye uyumunu etkilemektedir. Etkileyen bu faktörler ise hastayla, hastalık-tedavi ile, yaşam şekliyle, sosyodemografik ve psikososyal faktörler ile ilgili olarak sıralanabilmektedir (Rosner, 2006; Süzek ve Mutlu 2004).

Bireyler, hastalık tanısı aldıklarında, kendi durumları ile ilgili çeşitli inanışlar geliştirirler. Bu inanışların temelini hastaların hastalık hakkındaki tıbbi bilgileri veya aynı semptomları ya da tanılara sahip olan aile bireylerinin kişisel deneyimleri oluşturur. Hastalık algısı modelini hastalığı yorumlama, hastalıkla baş etme ve hastalığı değerlendirme aşamalarını içeren döngüsel bir süreç açıklamaktadır. Bu model, hastalık yönetiminde kilit rol oynar (Hagger ve Orbell 2003). Bu algı veya bilişsel süreçler, bireyin hastalığa verdiği duygusal yanıt ve tedaviye uyum gibi davranışlarını doğrudan etkilemektedir (Armay ve ark., 2007). Negatif hastalık algısı olan hastaların hastalıklarının seyri de daha kötüye gitmektedir. Yapılan çalışmalarda, hastanın hastalığa adaptasyonunu artırmak için önemli fırsatların sağlanmasının, hastalık algısını olumlu yönde etkileyeceği vurgulanmaktadır (Petrie ve Weinman 2006; Donkin et al., 2006). Bu nedenle, yaşamlarının belirli bir bölümünü uzun süren kronik hastalıkla geçiren hastaların başarılı bir kişisel bakım yönetimi oluşturulmasına yardım edilirse, hastalık algıları olumlu yönde değişecektir (Doğan ve ark., 2018). Kronik hastalığı olan bireylerde hastalık algısı, hastalıklara göre verilerinin karşılaştırılması ve bu verilerin hastaların eğitim ve tedavi planlarına yansıtılmasının kronik hastalıkların kontrol altına alınmasında ek faydaları olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu kesitsel çalışma kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde hastalık algısını ve etkileyen faktörleri değerlendirilmek amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi ve yeri: Bu araştırma, kronik hastalığı olan 65 yaş üstü bireylerin hastalık algısını ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel araştırma deseninde gerçekleştirildi. Çalışma kırsal bir ilçede yaşayan en az bir kronik hastalığı olan 65 yaş üstündeki bireyler ile yürütüldü.

Araştırmanın evreni ve örnekleme: Çalışmanın evrenini kırsal bir ilçede yaşayan 65 yaş üstündeki 1334 birey oluşturmuştur. Araştırmaya alınacak

örneklem sayısının hesaplanmasında Openepi Sample Size Calculator programı ile örneklem hesabına gidildi

(http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm.)

Benzer bir çalışma referans alınarak 65 yaş üstü bireylerde kronik hastalık görülme oranı %97,9 (Sarımehmet ve Hintistan 2017) olarak kabul edildi ve bu doğrultuda %95 güven aralığında 0.05 sapma ve %80 güç ile örneklemin 44 kişiden oluşması gerektiği hesaplandı. Çalışmada veri kaybının önlenmesi amacıyla örneklem sayısının %20 fazlasına ulaşılması (54 kişi) hedeflendi. Çalışmada basit rastgele örneklem yöntemine gidildi. Araştırmanın örneklemini, Ocak 2023-Mart 2023 tarihleri arasında araştırmaya katılım kriterlerine uyan gönüllü 55 birey oluşturdu.

Araştırmaya alınma ölçütleri: Araştırmaya Trabzon İli Tonya İlçesi'nde yaşayan, 65 yaş ve üzeri, en az bir kronik hastalığa sahip olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar kabul edildi. 65 yaşın altında olan ve kronik hastalığı olmayan bireyler ise çalışma dışı bırakılmıştır.

Veri toplama araçları: Çalışmanın verilerinin araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak halka açık alanlar olan meydan, kafe ve kahvehanelerde toplandı. Çalışmanın verileri, literatür doğrultusunda oluşturulan katılımcı soru formu ve Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) kullanılarak toplandı.

Katılımcı soru formu: Literatür doğrultusunda (Oflaz ve ark., 2014; Sarımehmet ve Hintistan 2017) oluşturulan bu form; katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, beden kitle endeksi, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, yaşadığı yer, aile tipi) ile kronik hastalık ve özellikleri (kronik hastalık varlığı ve hastalık tanısı/tanıları) sorgulandı.

Kısa Form Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ): Ölçek 2006 yılında Broadbent ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Broadbent, 2006). İlgili ölçek kronik hastalığı olan bireyler ile yapılan çalışmalarda kullanılmakta ve hastalık algısının bilişsel ve emosyonel boyutunu ifade eden toplam dokuz maddeden oluşur. Ölçeğin ilk sekiz maddesinde hastalık algısına ilişkin ifadeler bulunmakta, her bir madde ise 0 ile 10 arasında

likert tipi puanlandırmadan oluşmaktadır. Son madde ile bireyin hastalığının nedeni olarak düşündüğü üç etkeni yazması istenmektedir (Oflaz ve ark., 2014). İlk sekiz maddeye verilen puanlar hesaplanarak hastanın hastalık algısı puanı belirlenmektedir. Her alt boyuttan alınacak puan 0-10 arasında, ölçekten alınabilecek toplam puan 0-80 arasında değişmektedir. Ölçekte 3, 4 ve 7. alt boyutlarda puan artışı olumlu tepkiyi, 1, 2, 5, 6. ve 8. alt boyutlarda puan artışı olumsuz tepkiyi göstermekte ve her alt boyut 0-10 arasında puanlanabilmektedir. İstatistiksel değerlendirme yapılırken 1, 2, 5, 6. ve 8. alt boyutlar tersine çevrilerek hesaplanır. Ölçek ve alt boyutlarından alınan yüksek puanlar bireyin hastalık algısında olumsuz tepkileri gösterir. Hastalık algısı skoru arttıkça bireyin hastalıktan etkilenme düzeyi artar (Broadbent ve ark., 2006; Armay ve ark., 2007).

Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi:

Araştırma verileri SPSS 22 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edildi. Araştırmacılar ile ilgili tanımlayıcı istatistiklerin ortaya konmasında kategorik değişkenler için yüzde ve frekans; sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerlerden yararlanıldı. Verilerin analizinde Shapiro Wilk sonuçları baz alındı. Normal dağılım testine göre bağımsız grupların karşılaştırılmasında normal dağılıma uyanlarda t testi veya ANOVA testi normal dağılıma uymayanlarda Mann-Whitney u testi ve Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin genel yaş ortalaması 70.21 ± 5.35 ve çoğu erkektir. Katılımcıların %90.9'u evli, %58.2'si ilköğretim mezunu ve %9.9'u çekirdek ailesi ile yaşamaktadır. Ayrıca %65.5'i müstakil evde yaşamakta, %40'ı fazla kilolu, %58.2'sinde hipertansiyon, %49.1'inde diyabet %18.2'sinde KOAH ve %16.4'ünde kardiyovasküler hastalık bulunmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların tanıtıcı özellikleri (n=55)

Tanıtıcı özellikler	Ort±SS	
Yaş		70.21±5.35
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	10	18.2
Erkek	45	81.8
Medeni durum		
Evli	50	90.9
Bekar	5	9.1
Eğitim düzeyi		
İlköğretim altı	9	16.4
İlköğretim	32	58.2
Lise ve üzeri	14	25.5
Aile tipi		
Çekirdek aile	50	9.9
Geniş aile	5	9.1
Gelir düzeyi		
Düşük	7	12.7
Orta	46	83.6
Yüksek	2	3.6
Yaşadığı yer		
Müstakil ev	36	65.5
Asansörlü apartman dairesi	12	21.8
Asansörsüz apartman dairesi	7	12.7
Meslek		
Ev hanımı	10	18.2
Emekli	28	50.9
Serbest Meslek	9	16.4
Memur	4	7.3
Diğer	4	7.3
Beden kitle endeksi (BKİ) (kg/m²)		
Normal 18.5-24.9	11	20.0
Fazla kilolu 25-29.9	22	40.0
Sınıf-1 (orta) obez 30-34.9	17	30.9
Sınıf-2 (şiddetli) obez 35-39.9	3	5.5
Sınıf-3 (çok şiddetli) obez >40	2	3.6
Fiziksel engel varlığı		
Evet	2	3.6
Hayır	53	96.4
Kronik hastalıklar*		
Hipertansiyon	32	58.2
Diyabet	27	49.1
KOAH	10	18.2
Kardiyovasküler hastalık	9	16.4
Astım	2	3.6
Osteoartrit	1	1.8
Kronik bronşit	1	1.8

Çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin Kısa Hastalık Algı Ölçeği (KHAÖ) alt boyut ve toplam puan ortalamaları Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: Kısa Hastalık Algı Ölçeği toplam puan ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı

	Median (Min-Maks)	X±SS
Kısa Hastalık Algı Ölçeği	28 (10-58)	30.63± 12.47
1. Sonuçlar	5 (0-10)	4.34±2.83
2. Süre	1 (0-9)	2.23±2.28
3. Kişisel Kontrol	5 (0-10)	5.30±3.47
4. Tedavi Kontrolü	5 (0-10)	5.23±3.60
5. Hastalık anlaşılabilirliği	3 (0-9)	3.60±2.74
6. Endişe	1 (0-8)	2.74±2.88
7. Uyum	3 (0-10)	3.74±3.86
8. Duygusal Temsil	3 (0-10)	3.41±3.26

Çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre KHAÖ ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılma sonuçlarına baktığımızda; yaş, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, meslek, beden kitle endeksi, diyabet, hipertansiyon ve KOAH hastalığı ile anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Ancak katılımcıların yaşadığı yer değişkeni ile KHAÖ ölçeği arasında anlamlı ilişki elde edildi ($p=0.029$). Yapılan post-hoc testi

ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu bu farkın müstakil evde yaşayanlarda asansörlü apartman dairesinde yaşayanlara göre KHAÖ ortalama puanı anlamlı derecede yüksekti ($p=0.047$). Ayrıca kronik hastalıklara göre hastalık algısı incelendiğinde kardiyovasküler hastalığı olmayanlarda ($32.86±12.22$) KHAÖ ortalama puanı anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p=0.000$) (Tablo 3).

Tablo 3: Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre KHAÖ ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılması ($n=55$)

Özellikler	Ort±SS Ortanca(min-max)	İstatistiksel Analiz	p	Post-hoc testi
Yaş		$r^*=0.073$	0.597	
Cinsiyet				
Kadın	30.00±12.10 26.50 (10-47)	$t=-0.177$	0.860	
Erkek	30.77±12.68 28.00 (10-58)			
Medeni Durum				
Evli	30.86±12.04 28.50 (10-58)	$t=0.417$	0.678	
Bekar	28.40±17.78 28.00 (10-57)			
Aile tipi				
Çekirdek	31.16±12.26 29.00 (10-58)	$t=-0.984$	0.329	
Geniş	25.40±14.80 23.00 (10-49)			
Eğitim Düzeyi				
İlköğretim altı	26.22± 12,78 24 (10-49)	KW=2.977	0.226	
İlköğretim	30.25±12,65 26.5 (15-58)			
Lise ve üzeri	34.35±11,61 32.5 (10-49)			
Gelir Düzeyi				
Düşük	35.00±16,07 37 (10-57)	$t=0.991$	0.326	

Orta**	30.00±11.93 28 (10-58)			
Yaşadığı Yer				
Müstakil ev ^a	27.44±11.59a 26.5 (10-58)	F=3.782	0.029	p^{a-b}=0.047
Asansörlü apartman dairesi ^b	37.08±11.26b 37.5 (21-57)			p ^{a-c} =0.199
Asansörsüz apartman dairesi ^c	36.0± 14.31 40(17-51)ab			p ^{b-c} =0.980
Meslek				
Ev hanımı	30.50±11.88 28.5 (10-47)	KW=1.061	0.786	
Emekli	30.50±13.33 27.5 (10-57)			
Serbest Meslek	33.00±9.78 33.00(18-49)			
Diğer***	28.62±14.53 28.00(10-58)			
Beden Kitle Endeksi				
18.5-24.9	29.90±8.60 32 (17-42)			
25-29.9	31.68±15.25 27.5 (10-58)			
30-34.9	29.41±11.89 28 (10-48)	KW=0.169	0.982	
35-39.9 ve üstü****	31.80±10.54 29 (22-48)			
Kronik Hastalıklar*				
Diyabet				
Evet	33.07±13.05 33(10-58)	t=1.437	0.157	
Hayır	28.28±11.63 27.5(10-57)			
Hipertansiyon				
Evet	32.68±11.38 29.5(10-50)	U=270.500	0.096	
Hayır	27.78±13.58 24(10-58)			
KOAH				
Evet	34.20±12.91 35(17-57)	t=0.999	0.322	
Hayır	29.84±12.38 28(10-58)			
Kardiyovasküler Hastalık				
Evet	19.22±5.89 17(10-28)	t=-5.121	0.000	
Hayır	32.86±12.22 31(10-58)			

* Spearman korelasyon analizi p<0.05, **Orta ve Yüksek satırları birleştirilmiştir, ***Memur ve diğer satırları birleştirilmiştir, ****35-39.9 ve >40 satırları birleştirilmiştir. a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

TARTIŞMA

Çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin hastaların Kısa Hastalık Algı Ölçeği (KHAÖ) alt boyutlarından en yüksek ortalama puanı sırasıyla kişisel kontrol (5.30±3.47) ve tedavi kontrol alt boyutlarından (5.23±3.60) aldıkları görülmüştür. En düşük puanı ise süre (döngüsel) alt boyutundan 2.23±2.28 aldıkları bulunmuştur. Benzer şekilde kanser, diyabet, kronik hastalıklar ile ilgili ilgili yapılan farklı çalışmalarda da kişisel kontrol algısı alt boyut puanı en yüksek, süre (döngüsel) algısı

puanı ise en düşük bulunmuştur (Kayış 2009; Abubakari et al., 2012; Aflakseir, 2012; Kayacan 2012). Dolayısıyla çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerin en çok hastalıklarını kendisinin kontrol altına alabileceğine ilişkin ve hastalığın tedavi ile kontrol altına alınabileceği algısının yüksek olduğu belirlenmiştir. Süre (döngüsel) alt boyutundan alınan düşük puanlar ise hastaların hastalıklarının kısa süreli olduğunu, süreklilik arz etmediğini ve hayatının geri kalanını bu hastalıkla sürdüreceğini bilmediğine dair görüşlere sahip olduklarını ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, hastalık algısı toplam puanlarına bakıldığında; kronik hastalıklara göre en yüksek puanları sırasıyla; KOAH (34.20 ± 12.91), diyabet (33.07 ± 13.05), hipertansiyon (32.68 ± 11.38) ve kalp hastalığı (19.22 ± 5.89) izlemektedir. Buna göre hastalık algısının en olumsuz etkilendiği grup KOAH hastaları, en iyi hastalık algısına sahip grup ise kardiyovasküler hastalığı olanlardır. KOAH'ın progresif bir hastalık olması ve hastalığın ilerlemesiyle hastalarda görülen semptomların şiddeti ve sayısı artmaktadır (Ekenler ve Aslan 2019). Ayrıca hastalık sürecinin ilerlemesiyle hastaların bağımlılıkları artmakta, sosyal aktiviteleri kısıtlanmakta, hastaların aile ve toplum içinde beklenen rollerini yerine getirmesinde sorunlar yaşamasına yol açmaktadır (Tel ve ark., 2012), Atasever ve Erdiç 2003, Özdemir ve Taşcı 2013). Hastalık semptomları hastaların hastalık algısını doğrudan etkilemektedir. Sağlığın kötü olarak algılanması daha fazla hastalık semptomu yaşanmasına sebep olmaktadır (Ekenler ve Aslan 2019). Hastaların, hastalık semptomlarını sürekli deneyimlemelerine bağlı olarak hastalık algılarının olumsuz algılanmasına sebep olmaktadır.

Yapılan karşılaştırmalarda kronik hastalıklara göre hastalık algısı incelendiğinde kardiyovasküler hastalığı olmayanlarda (32.86 ± 12.22) KHAÖ anlamlı derecede daha yüksekti (Tablo 3). Çalışmaya sadece kronik hastalığı olan bireyler dahil edildiği için kardiyovasküler hastalığı olmayan hastalar KOAH, diyabet, hipertansiyon ve diğer hastalıklara sahip bireylerdir. Dolayısıyla bu hastalıklara sahip olanların hastalık algısı daha olumsuz etkilenmiştir. Buradan yola çıkılarak kardiyovasküler hastalıklarda KOAH, diyabet, hipertansiyon gibi hastalıklara göre semptomların daha az görünür olması ve hastaların sürekli olarak hastalığın semptomlarıyla karşı karşıya kalmamaları daha olumlu hastalık algısına sahip olmalarını açıklayabilir.

Yapılan bir çalışmada kronik böbrek yetmezliği, KOAH ve diyabeti olan hastaların hastalık algısının negatif olması ile öz-yönetim davranışlarının kötü olması arasında anlamlı ilişkinin olduğu ortaya konulmuştur (Bos-Touwen ve ark., 2015). Buna

göre kronik hastalığı olan bireylerin hastalığını nasıl algıladığının değerlendirilerek yanlış olan düşüncelerin değiştirilerek olumlu düşüncelerin desteklenmesinin bireylerin hastalık yönetimine katkı sağlayacağı belirtilmektedir (Bos-Touwen ve ark., 2015).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde olumsuz hastalık algısının en yüksek KOAH hastalarında olduğu ve sırasıyla diyabet ve hipertansiyon hastalarının takip ettiği görülmüştür. Bu hastalarda olumsuz hastalık algısı yaşlılığa bağlı olarak bilişsel fonksiyonların gerilemesine, daha fazla hastalık semptomu deneyimlenmesine ve ek kronik rahatsızlıklarının eşlik etmesinden kaynaklanabilir. Bu sonuçlar doğrultusunda; kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde hastaların hastalığa uyumunu artırmak için farklı özelliklere sahip kronik hastalık gruplarının özelliklerinin de dikkate alınması, belirli aralıklarla hastalık algısı boyutunun değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerinde kronik hastalık gruplarına ayrı ayrı eğitim verilmesi hastaların hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyinin artmasına farkındalıklarının yükselmesine katkı sağlayabilir. Kronik hastalığı olan bireylerin ayrı ayrı ve birlikte değerlendirilerek hastalıklarına yönelik algılarının anlaşılmasını sağlayacak farklı çalışmalara ihtiyaç vardır. Araştırmamızın sonuçları, kırsal bir bölgede küçük bir popülasyonu temsil etmesi nedeniyle sınırlılık göstermekle birlikte gelecekteki çalışmalarda daha geniş bir evrende yapılması önerilmektedir.

Çıkar Çatışması

Çıkar çatışması yoktur.

Etik Kurul Beyanı

Çalışma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Sayı: E-13562490-199-350468) 23/01/2023 tarihli izin alınmıştır.

Teşekkür

Çalışmaya katılan kronik hastalığı olan katılımcılara desteklerinden dolayı teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

World Health Organization. (2022, October 1). "Ageing and Health". <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>

Türkiye İstatistik Kurumu. (2022, Mart 18). İstatistiklerle Yaşlılar 2021, TÜİK Haber Bülteni. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2021-45636>

World Health Organization. (2022, September 16). "Noncommunicable Diseases: Mortality". <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>

Rosner, F. (2006). "Patient Noncompliance: Causes and Solutions", *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 73(2), 553-559.

Süzek, H. & Mutlu, O. (2004). Muğla ilindeki kronik böbrek yetmezliği olan hastaların tedavi imkanları ve olguları. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1, 10.

Hagger, M. S. & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18(2), 141-184.

Armay, Z., Özkan, M., Kocaman, N., & Özkan, S. (2007). Hastalık algısı ölçeğinin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 10, 192-200.

Petrie, K. J., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6(6), 536-539.

Donkin, L., Ellis, C. J., Powell, R., Broadbent, E., Gamble, G., & Petrie, K. J. (2006). Illness perceptions predict reassurance following a negative exercise stress testing result. *Psychology & Health*, 21(4), 421-430.

Doğan, M. D., Tosun, E., & Tek, A. D. (2018). Kronik hastalıklarda hastalık algısı, yaşam kalitesi, öz-bakım yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 33-40.

Dean, A. G., Sullivan, K. M., & Soe, M. M. (2013). OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version. http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm

Sarımehtem, D., & Hintistan, S. (2017). Rize ili Ardeşen ilçesindeki yaşlılar arasında kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımı. *Bezmîalem Science*, 5(3), 93- 100.

Oflaz, S., Yüksel, Ş., Şen, F., Özdemiroğlu, F., Kurt, R., Oflaz, H., & Kaşıkçıoğlu, E. (2014). Hastalık algısı myokard infarktüsü geçiren hastalarda travma sonrası stres bozukluğunu öngörebilir mi? *Nöropsikiyatri Arşivi*, 51, 103-109.

Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60 (6), 631-637.

Abubakari, A. R., Jones, M. C, Lauder, W., Kirk, A., Devendra, D., & Anderson, J. (2012) Psychometric properties of the revised illness perception questionnaire: Factorstructure and reliability among African-origin populations with type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, 49(6), 672-81.

Aflakseir, A. (2012). Role of illness and medication perceptions on adherence to medication in a group of Iranian patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes*, 4(3), 243-247.

Kayacan, Ç. (2012). Kronik Hastalıklarda Hastalık Algısının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul.*

Kayış, A. (2009). Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.*

Ekenler, Ş., & Arslan, S. (2019). Kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(3), 151-160.

Tel, H., Demirkol, D., Kara, S., & Aydın, D. (2012). KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Türk Toraks Dergisi*, 13(3), 87-92.

Atasever, A., & Erdiç, E. (2003). KOAH'da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51(4), 446-455.

Özdemir, Ü., & Taşcı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikosozal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.

Bos-Touwen, I., Schuurmans, M., Monninkhof, E. M., Korpershoek, Y., Spruit-Bentvelzen, L., Ertugrul-van der Graaf I, de Wit, N., & Trappenburg, J. (2015). Patient and disease characteristics associated with activation for self-management in patients with diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and chronic renal disease: a cross-sectional survey study. *PLoS One*, 10(5), e0126400.