

ARAŞTIRMA / RESEARCH

Farklı Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Kaygı, Hastalık Kabulü ve Öz Etkililik Seviyesinin İncelenmesi*Investigation of Anxiety, Acceptance of Illness and Self-Efficacy Level of Individuals with Different Chronic Disease*Yasemin CEYHAN¹, Duygu ZORLU², Sevil GÜLER³, Arzu ERTÜRK⁴¹Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği ABD²Medicana International İzmir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği³Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği ABD⁴Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ABD

Geliş tarihi/Received: 10.08.2021

Kabul tarihi/Accepted: 15.07.2022

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Yasemin CEYHAN, Dr. Öğr. Üyesi
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Bağbaşı kampüsü, Merke, Kırşehir.
E-posta: yasemin-ceyhan@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-2100-5324**Duygu ZORLU**, Uzm. Dr.
ORCID: 0000-0002-2379-024X**Sevil GÜLER**, Doç. Dr.
ORCID: 0000-0002-9971-9861**Arzu ERTÜRK**, Prof. Dr.
ORCID: 0000-0002-8139-6750Bu çalışma, 20.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde
(10-14 Ekim 2018/ Antalya) poster bildirisi olarak
sunulmuştur.

Öz

Amaç: Farklı kronik hastalığı olan bireylerde kaygı, hastalık kabulü ve öz etkililik (ÖE) seviyesinin tanımlayıcı olarak incelenmesidir.**Gereç ve Yöntem:** Çalışma kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), diyabetes mellitus (DM) ve kronik kalp yetmezliği (KKY) tanısına sahip, çalışmaya katılmayı kabul eden 202 hasta ile yapılmıştır. Veriler Hasta Tanıtım Formu, Süreklilik Kaygı Ölçeği (SKÖ), Hastalığı Kabul Ölçeği (HKÖ), Kronik Hastalıklarda Öz Etkililik Ölçeği (KHÖÖ) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS programında sayı, yüzde, ortanca, Kruskal-Wallis, Dunn-Bonferroni testi ve Spearman korelasyon analizleri ile yapılmıştır.**Bulgular:** Hastaların kaygı puan ortalamaları; KOAH'ta 53(49-56), DM'de 48(44-53,25) ve KKY'de 50(45,25-54,75) bulunmuştur. Hastalığı kabul puanları KOAH'ta 2,37 (1,87-3,12), DM'de 3,25(2,5-4) ve KKY'de 3,5(2,62-4)'tir. ÖE puanları ise ölçeğin üç ve dördüncü alt boyut dışında istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Kaygı ve hastalık kabulü arasındaki korelasyon KOAH'ta $\rho=0,439$; $p<0,001$, DM'de $\rho=-0,366$; $p=0,003$ ve KKY'de $\rho=0,534$; $p<0,001$ 'dir.**Sonuç:** Kronik hastalıklarda kaygı düzeyleri yüksek, hastalık kabulü ve ÖE seviyesi düşüktür. Ayrıca hastalarda kaygının artması, hastalığı kabullenme ve ÖE seviyesinin düşmesine neden olmaktadır. Bu nedenle farklı kronik hastalığa sahip bireyler, hastalığa karşı ortaya çıkan tutumlar açısından dikkatli değerlendirilmeli ve bakım planları bu doğrultuda sürdürülmelidir.**Anahtar Kelimeler:** Kronik hastalık, kaygı, hastalık kabulü, öz etkililik.

Abstract

Objective: It is to examine anxiety, acceptance of illness and self-efficacy (SE) levels of individuals with various chronic diseases as a descriptive study design.**Material and Method:** The study was conducted 202 patients who agreed to participate in the study were diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), diabetes mellitus (DM) and chronic heart failure (CHF). The data were collected by Patient Identification Form, Trait Anxiety Inventory (TAI), Acceptance of Illness Scale (AIS), Chronic Disease Self Efficacy Scales (CDSSES). The data were evaluated in the SPSS program with number, percentage, median, Kruskal-Wallis, Dunn-Bonferroni test and Spearman correlation analyses.**Results:** TAI mean scores of the patients; it was found 53(49-56) in COPD, 48(44-53.25) in DM, and 50(45.25-54.75) in CHF. AIS mean scores of the patients were 2.37(1.87-3.12) in COPD, 3.25(2.5-4) in DM and 3.5 (2.62-4) in CHF. CDSSES median score was statistically significant except for the third and fourth sub-dimensions of the scale ($p<0.001$). Correlation between anxiety and disease acceptance $\rho=0.439$ in COPD; $p<0.001$, $\rho=-0.366$ in DM; $p=0.003$ and $\rho=-0.534$ in CHF; $p<0.001$ was found.**Conclusion:** It was found that the individuals with chronic disease, intense anxiety, have low levels of acceptance of their illness, and SE. In addition, increased anxiety in patients causes a decrease in acceptance of the disease and the level of SE. Therefore, it is suggested that individuals with different chronic diseases are deal with carefully in terms of these concepts and care plans are carried out accordingly.**Keywords:** Chronic disease, anxiety, acceptance of illness, self efficacy.

1. Giriş

Kronik hastalıklar bireylerde ortaya çıkış şekli ve süreci açısından farklılık gösterir. Bu farklılıklar bireylerde çeşitli kısıtlılıklara ve yaşam aktivitelerinde değişikliklere yol açar. Hastanın sağlığını koruması ve sürdürülebilmesi hastalığa karşı oluşturduğu tepki ile doğrudan ilişkilidir. Ancak farklı kronik hastalıklar, farklı tepkilere yol açabilmektedir. Hatta aynı hastalığa sahip, aynı tedavi ve bakımı alan hastaların bile hastalığa karşı çeşitli tutumlar sergilediği gözlemlenmektedir (1). Bu farklı tutumlar, kimi zaman hastayı doğru tedavi aramaya ve kendisi için iyi olanı yapmaya iterken kimi zaman da hastanın verilen tedaviye uymama ve gerekli sağlık bakım davranışlarını yerine getirmemelerine sebep olabilmektedir.

Kronik hastalık tanısının netleşmesi için şikâyetlerin en az üç aydır var olması gerekmektedir (1). Hastaların bu şikâyetlere çözüm arayışında olması ve sonucunda karşılaştıkları kronik hastalık tanısı, oldukça endişe verici bir durumdur. Bireylerde sıklıkla ilk olarak izlenen durum 'kaygı'dır. Kaygı; genel anlamda insanı üzen ve gelecekle ilgili can sıkıran bir bekleme hali olarak tanımlanmaktadır (2). Kronik hastalık tanısını öğrenen birey de gelecekte kendisini nelerin beklediğini ve ortaya çıkabilecek sorunlarla baş edebilecek gücü bulup bulamayacağını düşünerek kaygı halini artırmaktadır. Literatürde kronik hastalığa sahip bireylerde kaygı seviyesinin yüksek olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (3-7). Bu durumun hastanın doğru sağlık davranışına ulaşmasını engelleyecek boyuta gelmesi, tedavide istenen olumlu sonuçların elde edilmesi güçleştirmektedir.

Sağlık bakımı, hastayı en yüksek düzeyde iyilik haline kavuşturmayı amaçlamaktadır. Bunu başarabilmenin en etkili yolu, hasta ve sağlık profesyonelinin başarılı iş birliğinden geçmektedir. Bu nedenle doğru tanı ve tedavinin yanı sıra bireyden de hastalığını benimsemesi ve mücadele çabası içinde olması beklenmektedir. Yani kişinin hastalığını kabul etme düzeyi tedavi ve bakımın başarıya ulaşmasında vazgeçilmez bir unsurdur. Hastalığı kabul etmek, kronik hastalığın ortaya çıkarılabileceği tüm olumsuzluklara ve bu durumlarda yapılabilecekler karşısında, kişinin farkında olarak baş etmeye hazır oluşudur (8). Bu hazır bulunuşluğun olumlu yönde ilerlemesi halinde hastalıkla mücadelede, tedavide ve bakımda hasta yararına gelişmeler elde edilebilmektedir (9). Yapılan çalışmalar kronik hastalığa sahip bireylerin hastalıklarını kabul seviyelerinde farklılıklar olduğunu göstermektedir (8,10-13). Ancak bir durumun kabulü çeşitli faktörlerden etkilenebilir. Özellikle hastanın kendisi için iyi bir şeyler yapma isteği ve bunu başarabilme gücüne ihtiyaç vardır.

Bandura'nın tanımladığı ve kronik hastalıklardaki önemini ortaya koyduğu ÖE, kişinin kendi sağlığı için neleri yapabileceğine dair bir iç gücü tasvir etmektedir. Yani bireyin doğru sağlık davranışı arayışına ne derecede yaklaşabileceğinin ölçüsüdür. Bireyde ÖE seviyesinin artması, tedavi ve bakım eylemlerinin daha efektif ilerlemesinde fayda sağlamaktadır (14). Ancak kronik hastalığa sahip bireylerde ÖE seviyesi istenen düzeyde değildir. Yapılan çalışmalarda KKY, DM ve KOAH olan bireylerde bu seviyenin oldukça düşük olduğu gösterilmiştir (13,15-17).

Kronik hastalıkların yönetiminde başarıya ulaşmak; hasta-sağlık profesyoneli uyumu, iş birliği ve hastanın durumu ile etkili mücadelesini gerekli kılmaktadır. Ancak kişide yoğun kaygı olması, hastalığın tam olarak benimsenmemesi ve

hastanın kendinde başarabilecek gücü bulamaması kronik hastalık yönetimini olumsuz etkilemektedir. Literatürde yapılan bazı çalışmalarda kronik hastalığa sahip bireylerde ÖE seviyesinin düşük olduğu, hastaların yoğun kaygı yaşadıkları ve bu durumun sağlık arayış davranışını olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (13,14).

Sağlık bakımında her birey birbirinden bağımsız olarak değerlendirilir. Hastaların tanı ve tedavileri aynı olsa bile bireysel farklılıklar ve tepkiler söz konusudur (8,10,12). Ancak genel anlamda kronik hastalıkların neden olduğu ortak sorunlar, sağlık profesyonellerine yardımcı olmak açısından birlikte ele alınmaktadır. Bu nedenle çalışmada sözü edilen kaygı, hastalık kabulü ve ÖE kavramlarının farklı kronik hastalıklar açısından ele alınması planlanmıştır. Literatüre bakıldığında kronik hastalıklarda kaygı, hastalık kabulü ve ÖE seviyeleri üzerine çeşitli araştırmaların yapıldığı görülmektedir (3,5,11,18,19). Ancak bu kavramların bir ya da birkaçının hastada aynı anda ortaya çıkabileceği ve kavramların birbirini etkileyebileceği göz önünde bulundurularak bu çalışma planlanmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

Çalışma; KOAH, DM ve KKY tanıları bireylerin yaşadıkları kaygı, hastalık kabulü ve ÖE seviyesini incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Kronik hastalık seçiminde ülkemizde en fazla görülen hastalıklar göz önünde bulundurulmuştur (20). Çalışma evrenini bir eğitim araştırma hastanesinde Nisan 2017- Mayıs 2018 yılları arasında hastanede yatan KOAH, DM ve KKY tanısına sahip hastalar oluşturmuştur. Hastane kayıtları incelenmiş ancak uygun evren verisine ulaşamamıştır. Bu nedenle örneklem yeterliliğine güç analizi ile karar verilmiştir. HKÖ'ne göre gruplar arasındaki farkın tespit edilmesinde tip 1 hata=0,05, etki büyüklüğü=0,14 olmak üzere güç=1,00 olarak 202 hasta için yeterli bulunmuştur. Hastalar çalışmaya; en az bir yıldır KOAH, DM ve KKY tanılarında sadece birine sahip olan ve bu nedenle çalışma yapıldığı sırada serviste yatarak tedavi gören, iletişim engeli olmayan, 18 yaş üstünde ve araştırma için gönüllü olanlar arasından dâhil edilmiştir. Yakın zamanda kalp krizi geçiren, cerrahi operasyon geçiren, belirtilen hastalıklara sahip olmasının dışında başka bir nedenle hastanede yatan ve komorbiditesi bulunan bireyler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

2.1. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Veriler araştırmacılar tarafından hasta odalarında yüz yüze görüşme yöntemi ile yaklaşık 20-30 dakika arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtım Formu, SKÖ, HKÖ ve KHÖÖ kullanılmıştır.

Hasta Tanıtım Formu; bireylerin yaşı, cinsiyeti, tanısı, hastalığa dair bilgisi gibi maddeleri içeren ve araştırmacılar tarafından hazırlanan 10 soruluk bir formdur.

Süreklilik Kaygı Ölçeği; Spielberger ve arkadaşları tarafından durumluk ve süreklilik kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla iki aşamalı olarak geliştirilen ölçeğin bu çalışmada 20 maddeden oluşan ve 4'lü likert tipinde olan SKÖ bölümü kullanılmıştır. Yalnızca bu bölümün çalışmada kullanılmasının amacı hastaların anlık yaşadıkları kaygı durumu yerine, hastalığın genel olarak yaşadığı kaygı düzeyini belirlemektir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Öner ve Le Compte (21) yapmış, Cronbach's alfa katsayısını 0,83 ile 0,87 arasında belirtmişlerdir. Bu çalışmada Cronbach's

alfa katsayısı 0,78 bulunmuştur. Ölçek puanlamasında doğrudan ve tersten puanlanan maddelerin toplamı, birbirinden çıkartılır ve sabit bir değer olan 35 eklenerek SKÖ toplam puanı elde edilir. Bireyin aldığı toplam puan arttıkça kaygı düzeyi artmaktadır.

Hastalığı Kabul Ölçeği; Felton ve Revenson (22) tarafından bireylerde hastalık nedeniyle ortaya çıkan ÖE eksikliği, bağımlılık duygusu ve negatif diğer duygulara rağmen, bireyin kabul edici duygularını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Beşli likert tipte olan ölçek 8 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten toplam 8-40 arasında puan alınmakta ve puan arttıkça negatif duyguların azalması hastalığı kabulün arttığı anlaşılmaktadır. Ülkemizdeki geçerlik güvenilirlik çalışmasını Büyükkaya Besen ve Esen yapmış, toplam Cronbach's alfa katsayısını 0,79 olarak belirtmiştir (8). Bu çalışmadaki Cronbach's alfa katsayısı 0,81'dir.

Kronik Hastalıklarda Öz Etkililik Ölçeği; Lorig ve arkadaşları tarafından kronik hastalığa sahip bireylerin ÖE seviyelerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek üç ana kavram ve 10 alt boyuttan oluşmaktadır. Onlu likert tipte olan orijinal ölçeğin toplam madde sayısı 33'tür (23). Ölçeğin 10 alt boyutu için ayrı puanlar hesaplanır, toplam ölçek puanı hesaplanmaz. Her bir alt boyut kaç maddeden oluşuyor ise elde edilen puanlar toplanır ve madde sayısına bölünür. Eğer bulunan sayı 7'nin altında ise, bireyin düşük ÖE seviyesinde olduğunu ve problem çözme aşamalarının yeniden değerlendirilmesi gerektiğini ifade eder. Elde edilen sayı, 7 ve üzerinde ise yüksek ÖE seviyesini ifade eder. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik güvenilirlik çalışmasını Ceyhan ve Ünsal yapmış, ölçek madde sayısını 30'a indirgemiş ve toplam Cronbach's alfa katsayısını 0,95 olarak belirtmişlerdir (24). Bu çalışmadaki Cronbach's alfa katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur.

2.2. İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler, IBM SPSS Statistics 25 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıp dağılmadığına Shapiro-Wilk testi ile karar verilmiştir. Veriler sayı, yüzde, ortanca ile ifade edilmiş, normal dağılım göstermeyen gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis, post-hoc karşılaştırmada ise Dunn-Bonferroni testi yapılmıştır. Ölçek puanlarının hastalıklara göre karşılaştırılmasında ise Spearman korelasyon analizleri yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3. Bulgular

Çalışmadaki hastaların %42,1'i 65 yaş ve üzeri, %67,8'i kadın, %59,9'u ilköğretim mezunudur. %69,8'i 1-10 yıldır kronik hastalık tanısına sahiptir ve %31,7'si hastalığa dair bilgisi olmadığını, %50'si ise kısmen bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Bireylerin kendi sağlık durumlarını nasıl algıladıkları sorulduğunda ise %55,4'ü orta, %20,8'i ise kötü olarak ifade etmiştir. Hastalıklara göre bireylerin tanıtıcı özellikleri arasında cinsiyet, gelir durumu ve bilgi kaynaklarından TV/radyo seçeneğinin gruplarda benzer olmadığı ($p < 0,05$), diğer tanıtıcı özelliklerin benzer olduğu ($p > 0,05$) bulunmuştur (Tablo 1).

Çalışmadaki bireylerin tanınmalarına göre ölçek puan ortalamaları Tablo 2'de yer almaktadır. SKÖ puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek kaygı düzeyine sahip hastaların ilk olarak 53 (49-56) puan ortalaması ile

KOAH, ikinci olarak 50 (45,25-54,75) puan ortalaması ile KKY tanımlı hastalar olduğu bulunmuştur. Ayrıca KOAH'lı hastalar, DM ve KKY'li hastalara göre SKÖ puan ortalaması açısından anlamlı farklılık oluşturmuştur ($p = 0,002$).

Hastalığı kabul ölçeği puan ortalamalarına göre, KOAH'lı hastaların 2,37 (1,87-3,12) puan ortalaması ile en düşük seviyede hastalığı kabul algısına sahip oldukları ve bu durumun DM ve KKY'li hastalara göre anlamlı farklılık oluşturduğu ($p < 0,001$) bulunmuştur (Tablo 2).

Kronik hastalıklarda öz etkililik ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde ise KOAH tanısına sahip bireylerin ölçeğin tüm alt boyutlarından en düşük puanı aldıkları görülmektedir. Sadece dördüncü alt boyut olan 'doktorla iletişim' başlığında, KKY tanımlı hastaların da KOAH'lı hastalarla aynı puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmadaki bireylerin tamamının, KHÖÖ ölçeğinin doktorla iletişim boyutu hariç diğer tüm alt boyutlardan 7'nin altında puan ortalamasına sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca KOAH'lı bireyler; ölçeğin 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9. alt boyutlarında ($p < 0,001$) ve 10. alt boyutunda ($p = 0,035$), KHÖÖ açısından DM ve KKY'li bireylere göre anlamlı farklılık oluşturmuştur.

Çalışmadaki bireylerin tanımları ile ölçek puan korelasyonları SKÖ ve HKÖ arasında toplam ölçek puanı üzerinden yapılırken, KHÖÖ'nin toplam ölçek puanı olmadığından her bir alt boyutun puanı ile ayrı olarak değerlendirilmiştir (Tablo 3). SKÖ ve HKÖ arasında; KOAH ($\rho = -0,439$) ve DM'de ($\rho = -0,366$) negatif yönde zayıf düzeyde, KKY'de ise ($\rho = -0,534$) negatif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Bu durum tüm hastalarda kaygı seviyesi arttıkça hastalığı kabulün azaldığını göstermektedir.

Kronik hastalıklarda öz etkililik ölçeğinin 10 alt boyutu ile SKÖ ve HKÖ ölçeklerinin ilişkisi incelendiğinde her hastalık grubunda farklı yön ve güçte ilişkinin olduğu görülmektedir (Tablo 3). KHÖÖ'nün alt boyutlarına göre SKÖ ve HKÖ ilişkisi incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

'Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma' alt boyutu ile SKÖ arasında KOAH ($\rho = -0,361$) ve KKY'li ($\rho = -0,337$) hastalarda zayıf düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmuştur. Bu hastalarda kaygı arttıkça spor yapma azalmaktadır. Aynı alt boyut ile HKÖ arasında KOAH'lı hastalarda pozitif yönlü orta düzeyde ($\rho = 0,513$), DM ($\rho = 0,405$) ve KKY'li hastalarda ($\rho = 0,390$) hastalarda pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki vardır. Hastaların hastalığı kabul seviyeleri arttıkça spor yapma durumları da artmaktadır.

'Hastalık Hakkında Bilgi Alma' alt boyutu ile SKÖ arasında ilişki bulunmazken ($p > 0,05$), HKÖ arasında KOAH'ta ($\rho = 0,287$) ve DM'de ($\rho = 0,405$) pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır. Bu hastalarda hastalığı kabul algısı arttıkça bilgi alma isteği de artmaktadır.

'Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma' alt boyutu ile SKÖ arasında ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Ancak aynı alt boyut ile HKÖ arasında DM'li ($\rho = 0,256$) ve KKY'li ($\rho = 0,269$) hastalarda pozitif yönlü zayıf ilişki vardır. Bu durum hastalığı kabul algısı arttıkça çevreden yardım alma isteğinin de arttığını göstermektedir.

'Doktorla İletişim' alt boyutunun, SKÖ ve HKÖ arasında herhangi bir hastalık grubunda ilişkisi saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 1. Kronik Hastalıklara Göre Tanıtıcı Özellikler

Tanıttıcı Özellikler	Toplam (n=202) n (%)	KOAH (n=70) n (%)	DM (n=65) n (%)	KKY (n=67) n (%)	p
Yaş Grup					
25-44 yaş	16(7,9)	6(8,6)	7(10,8)	3(4,5)	>0,05 ^b
45-64 yaş	101(50)	29(41,4)	33(50,8)	39(58,2)	
>65 yaş	85(42,1)	35(50)	25(38,5)	25(37,3)	
Cinsiyet					
Kadın	137(67,8)	42(60)	39(60)	56(83,6)	<0,05 ^a
Erkek	65(32,2)	28(40)	26(40)	11(16,4)	
Mezuniyet					
İlkokul	121(59,9)	35(50)	41(63,1)	45(67,2)	>0,05 ^b
Ortaokul	9(4,5)	6(8,6)	1(1,5)	2(3)	
Lise	8(4)	3(4,3)	4(6,2)	1(1,5)	
Yüksekokul	3(1,5)	-	3(4,6)	-	
Okuma-yazma bilmiyor	61(30,22)	26(37,1)	16(24,6)	19(28,4)	
Medeni Durum					
Evli	167(82,7)	55(78,6)	56(86,2)	56(83,6)	>0,05 ^a
Bekar	35(17,3)	15(21,4)	9(13,8)	11(16,4)	
Gelir Durumu					
Çok iyi	4(2)	3(4,3)	-	1(1,5)	<0,05 ^b
İyi	36(17,8)	18(25,7)	12(18,5)	6(9)	
Orta	143(70,8)	45(64,3)	40(61,5)	58(86,6)	
Kötü	19(9,4)	4(5,7)	13(20)	2(3)	
Yaşama Şekli					
Yalnız	15(7,4)	2(2,9)	8(12,3)	5(7,5)	>0,05 ^b
Eşi ile birlikte	106(52,5)	37(52,9)	32(49,2)	37(55,2)	
Eşi ve çocukları ile birlikte	53(26,2)	18(25,7)	21(32,3)	14(20,9)	
Çocuğunun ailesi ile birlikte	18(8,9)	8(11,4)	4(6,2)	6(9)	
Anne-babası ile birlikte	5(2,5)	5(7,1)	-	-	
Çocukları ile birlikte	3(1,5)	-	-	3(4,5)	
Eşi ve çocuklarının ailesi ile birlikte	2(1)	-	-	2(3)	
Tanı Zamanı					
1-10 yıl	141(69,8)	50(71,4)	50(76,9)	41(61,2)	>0,05 ^b
11-20yıl	49(24,3)	15(21,4)	13(20)	21(31,3)	
21ve üzeri	12(5,9)	5(7,1)	2(3,1)	5(7,5)	
Hastalığına Dair Bilgisi					
Yeterli	37(18,3)	13(18,6)	12(18,5)	12(17,9)	<0,05 ^b
Kısmen yeterli	101(50)	19(27,1)	41(63,1)	41(61,2)	
Yetersiz	64(31,7)	38(54,3)	12(18,5)	14(20,9)	
Bilgi Kaynakları*					
Doktor					
Evet	125(61,9)	26(37,1)	49(75,4)	50(74,6)	>0,05 ^a
Hayır	77(38,1)	44(62,9)	16(24,6)	17(25,4)	
Hemşire					
Evet	38(18,8)	7(10)	18(27,7)	13(19,4)	>0,05 ^a
Hayır	164(81,2)	63(90)	47(72,3)	54(80,6)	
TV/Radyo					
Evet	37(18,3)	2(2,9)	17(26,2)	18(26,9)	<0,05 ^a
Hayır	165(81,7)	68(97,1)	48(73,8)	49(73,1)	
Dergi/Broşür					
Evet	1(0,5)	-	1(1,5)	-	>0,05 ^a
Hayır	201(99,5)	70(100)	64(98,5)	67(100)	
İnternet					
Evet	6(3)	3(4,3)	3(4,6)	-	>0,05 ^a
Hayır	196(97)	67(95,7)	62(95,4)	67(100)	
Sağlık Algısı					
İyi	48(23,8)	21(30)	14(21,5)	13(19,4)	>0,05 ^b
Orta	112(55,4)	28(40)	40(61,5)	44(65,7)	
Kötü	42(20,8)	21(30)	11(16,9)	10(14,9)	

*: Birden fazla cevap verilmiştir; a: Mann Whitney U; b: Kruskal Wallis

Tablo 2. Kronik Hastalık Tanılarına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının İncelenmesi

ÖLÇEKLER	KOAH M (Q ₁ -Q ₃)	DM M (Q ₁ -Q ₃)	KKY M (Q ₁ -Q ₃)	P
Süreklilik Kaygı Ölçeği	53(49-56) ^a	48(44-53,25) ^b	50(45,25-54,75) ^b	0,002
Hastalığı Kabul Ölçeği	2,37(1,87-3,12) ^a	3,25(2,5-4) ^b	3,5(2,62-4) ^b	<0,001
Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma	2,33(1,33-5) ^a	4,66(3-6,74) ^b	5(2,41-6) ^b	<0,001
Hastalık Hakkında Bilgi Alma	4(3-5) ^a	6(4-8) ^b	6(5-7) ^b	<0,001
Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma	5(3,75-6,5)	5,75(5-6,06)	5,5(5-6,43)	0,209
Doktorla İletişim	7(5,66-9,66)	8(6-8)	7(6,33-8)	0,981
Genel Hastalık Yönetimi	3,9(2,8-4,6) ^a	4,8(3,8-6,2) ^b	5(4,2-6,15) ^b	<0,001
Ev İşlerini Yapma	4,16(2,33-6,33) ^a	6(4,66-7) ^b	6(5-7) ^b	<0,001
Sosyal/Eğlence Aktiviteleri	4,5(3-6,5) ^a	6(4,5-8) ^b	7(5-8) ^b	<0,001
Semptomlarla Başa Çıkma	2,6(2-3,6) ^a	4,2(3-6) ^b	5(3,05-6) ^b	<0,001
Nefes Darlığı İle Başa Çıkma	1(1-2) ^a	7(5-9,25) ^b	5(4-8) ^b	<0,001
Depresyonu Yönetme/Kontrol	5(3,45-6,04) ^a	5,6(4-7) ^a	5,33(3,12-7) ^b	0,035

KHÖÖ: Kronik Hastalıklarda Öz etkililik Ölçeği

a, b: Aynı harflerin yer aldığı gruplarda fark bulunmamaktadır (Dunn-Bonferroni testi).

M: Medyan, Q1: 25. persentil, Q3:75. Persentil

Test: Kruskal-Wallis

'Genel Hastalık Yönetimi' alt boyutu ile SKÖ arasında KOAH ($\rho = -0,258$), DM ($\rho = -0,286$) ve KKY'li ($\rho = -0,398$) hastalarda negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki bulunmuştur. Bu durum hastalarda kaygı arttıkça hastalık yönetiminin zorlaştığını göstermektedir. Aynı alt boyut ile HKÖ arasında KOAH ($\rho = 0,296$) ve DM'li ($\rho = 0,351$) hastalarda pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki vardır. KOAH ve DM'de hastalığı kabul algısı arttıkça hastalık yönetimi artmaktadır.

'Ev İşlerini Yapma' alt boyutu ile SKÖ arasında herhangi bir hastalık grubunda ilişki görülmemiştir ($p > 0,05$). Ancak HKÖ ile KOAH ($\rho = 0,437$), DM ($\rho = 0,351$) ve KKY'li ($\rho = 0,367$) hastalarda pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır. Hastalığı kabul algısının artması hastaların ev işlerini yapma konusunda istekli olduklarını göstermektedir.

'Sosyal/Eğlence Aktiviteleri' alt boyutu ile SKÖ arasında KOAH ve KKY hastalarında ilişki görülmezken ($p > 0,05$), DM'li hastalarda negatif yönde zayıf düzeyde ilişki görülmüştür ($\rho = -0,292$). Bu durum DM'li hastaların kaygıları arttıkça sosyal aktivitelerinin azaldığını göstermiştir. Sosyal aktiviteler alt boyutu ve HKÖ arasında KOAH ($\rho = 0,453$), DM ($\rho = 0,480$) ve KKY'li ($\rho = 0,361$) hastalarda pozitif yönde zayıf düzeyde ilişkili vardır. Bu hastalarda hastalığı kabul algısı arttıkça sosyal aktiviteler de artmaktadır.

'Semptomlarla Başa Çıkma' alt boyutu ile SKÖ arasında sadece KKY'de negatif yönde zayıf düzeyde ilişki vardır ($\rho = -0,296$). KKY'li hastaların kaygısı arttıkça semptomlarla başa çıkma durumları güçleşmektedir. Bu alt boyut ile HKÖ arasında KOAH ($\rho = 0,437$), DM ($\rho = 0,335$) ve KKY'de ($\rho = 0,343$) pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki görülmüştür. Hastalığı kabul algısı arttıkça semptom yönetimi de daha iyi sağlanmaktadır.

'Nefes Darlığı ile Başa Çıkma' alt boyutu ve SKÖ arasında sadece KOAH'ta negatif yönlü orta düzeyde ilişki vardır ($\rho = -0,509$). Bu durum KOAH'lı hastalarda kaygı arttıkça

nefes darlığı ile başa çıkmanın zorlaştığını göstermektedir. Aynı alt boyut ile HKÖ arasında KOAH'ta pozitif yönlü orta düzeyde ($\rho = 0,446$), KKY'de pozitif yönlü zayıf düzeyde ($\rho = 0,255$) ilişki bulunmuştur. Hastalığı kabul algısının artması nefes darlığı ile başa çıkmayı kolaylaştırmaktadır.

'Depresyonu Yönetme/Kontrol' alt boyutu ile SKÖ arasında KOAH'ta negatif yönlü zayıf düzeyde ($\rho = -0,334$), DM'de negatif yönlü orta düzeyde ($\rho = -0,543$) ilişki saptanmıştır. Bu hastalarda kaygı arttıkça depresyonu yönetme başarısı azalmaktadır. Aynı alt boyut ile HKÖ arasında hastalıklar açısından anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

4. Tartışma

Kaygı, kronik hastalığa sahip bireylerde olması beklenen bir duygudur. Özellikle hastalar tarafından hayati görülen solunum ve kardiyolojik sistemlere ait belirtilerin var olması kaygı seviyesini artırmaktadır. KOAH'ın en önemli semptomlarının başında nefes darlığı olarak tarif edilen dispne gelmektedir. Dispnenin şiddetlenmesi ile kaygının artması beklendiği bir durumdur. Hastaların nefes darlığını; ölecek gibi olma, göğüsün sıkışması, nefesinin yetersiz gelmesi ifadeleri ile anlatmaları, geleceğe ve hayatta kalmaya dair yoğun kaygı yaşamalarına sebep olmaktadır (6,15). Literatürde dispne seviyesindeki artışın kaygı düzeyinde de artışa yol açtığı bildirilmiştir (3,5,18). Yapılan çalışmaya servislerde yatarak tedavi gören hastalar dahil edildiği için özellikle KOAH'lılarda dispne gözlenmiştir. Ancak dispne şiddetinin değerlendirilememiş olması çalışmanın kısıtlılığıdır. Hastaların yaşadığı dispne, KOAH'lıların daha yüksek kaygı yaşamalarının nedeni olarak düşünülmektedir. Benzer bir durum KKY'de de mevcuttur. Kalbin vücuttaki en önemli organlardan biri olarak görülmesi, bireylerde bu sisteme ait hastalıklar ortaya çıktığında endişe yaratmaktadır. Özellikle KKY semptomları arasında KOAH'la benzer şekilde nefes darlığı ve göğüs ağrısı yaşanması bireylerin kaygı düzeyinde artışa

Tablo 3. Kronik Hastalık Tanıları ile Ölçek Puanlarının İlişkisi

KHÖÖ Alt Boyutları	KOAH		DM		KKY	
	Süreklilik Kaygı Puanı	Hastalığı Kabullenme Puanı	Süreklilik Kaygı Puanı	Hastalığı Kabullenme Puanı	Süreklilik Kaygı Puanı	Hastalığı Kabullenme Puanı
	$\rho = -0,439; p < 0,001$		$\rho = -0,366; p = 0,003$		$\rho = -0,534; p < 0,001$	
Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma	$\rho = -0,361$ $p = 0,002$	$\rho = 0,513$ $p < 0,001$	$\rho = -0,096$ $p = 0,446$	$\rho = 0,405$ $p < 0,001$	$\rho = -0,337$ $p = 0,005$	$\rho = 0,390$ $p < 0,001$
Hastalık Hakkında Bilgi Alma	$\rho = -0,130$ $p = 0,284$	$\rho = 0,287$ $p = 0,016$	$\rho = 0,095$ $p = 0,451$	$\rho = 0,405$ $p < 0,001$	$\rho = 0,047$ $p = 0,703$	$\rho = 0,163$ $p = 0,187$
Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma	$\rho = -0,107$ $p = 0,377$	$\rho = -0,043$ $p = 0,737$	$\rho = -0,162$ $p = 0,197$	$\rho = 0,256$ $p = 0,039$	$\rho = -0,080$ $p = 0,518$	$\rho = 0,269$ $p = 0,027$
Doktorla İletişim	$\rho = -0,076$ $p = 0,534$	$\rho = -0,025$ $p = 0,840$	$\rho = -0,066$ $p = 0,604$	$\rho = 0,172$ $p = 0,172$	$\rho = -0,024$ $p = 0,847$	$\rho = 0,199$ $p = 0,107$
Genel Hastalık Yönetimi	$\rho = -0,258$ $p = 0,031$	$\rho = 0,296$ $p = 0,013$	$\rho = -0,286$ $p = 0,021$	$\rho = 0,351$ $p = 0,004$	$\rho = -0,398$ $p < 0,001$	$\rho = 0,163$ $p = 0,187$
Ev İşlerini Yapma	$\rho = -0,137$ $p = 0,259$	$\rho = 0,437$ $p < 0,001$	$\rho = -0,125$ $p = 0,322$	$\rho = 0,351$ $p = 0,004$	$\rho = -0,154$ $p = 0,212$	$\rho = 0,367$ $p = 0,002$
Sosyal/Eğlence Aktiviteleri	$\rho = -0,068$ $p = 0,576$	$\rho = 0,453$ $p < 0,001$	$\rho = -0,292$ $p = 0,018$	$\rho = 0,480$ $p < 0,001$	$\rho = -0,239$ $p = 0,052$	$\rho = 0,361$ $p = 0,003$
Semptomlarla Başa Çıkma	$\rho = -0,169$ $p = 0,162$	$\rho = 0,437$ $p < 0,001$	$\rho = -0,192$ $p = 0,118$	$\rho = 0,335$ $p = 0,006$	$\rho = -0,296$ $p = 0,015$	$\rho = 0,343$ $p = 0,005$
Nefes Darlığı ile Başa Çıkma	$\rho = -0,509$ $p < 0,001$	$\rho = 0,446$ $p < 0,001$	$\rho = 0,050$ $p = 0,694$	$\rho = 0,031$ $p = 0,805$	$\rho = 0,006$ $p = 0,963$	$\rho = 0,255$ $p = 0,037$
Depresyonu Yönetme/Kontrol	$\rho = -0,334$ $p = 0,005$	$\rho = 0,135$ $p = 0,269$	$\rho = -0,543$ $p < 0,001$	$\rho = 0,210$ $p = 0,094$	$\rho = -0,236$ $p = 0,054$	$\rho = 0,219$ $p = 0,075$

KHÖÖ: Kronik Hastalıklarda Öz etkililik Ölçeği

ρ : Spearman Korelasyon Katsayısı

yol açmaktadır (25). Kardiyolojik ve pulmoner sistemin bir arada çalışması nedeniyle sistemin birinde ortaya çıkan semptomlar, diğer sistemi de olumsuz etkileyebilir. KKY yaşayan bireylerin kalp kasları ya da kapaklarındaki patolojiler, damarlardaki tıkanıklık ve işlevselliğin yitirilmesi sonucunda kanın pulmoner alana regürjite olmasına ve burada solunumsal problemlerin görülmesine yol açar. Bu durum kalp hastalarının da solunumsal açıdan değerlendirilmesini ve kaygılarının beklendiği bir durum olarak takip edilmesini gerekli kılmaktadır. Literatürde yapılan çalışmalar da bu düşüncemizi desteklemektedir. KKY yaşayan bireylerin yüksek seviyede kaygı yaşadıkları bildirilmiştir (4,19,26). Ayrıca Vural (2006), yoğun kaygıyı içeren psikolojik faktörlerin kalp üzerindeki olumsuz etkilerinden bahsederek hastaların kalp sağlığını korumak için bu duygulardan korunması gerektiğini de vurgulamıştır (26). Bu durum ise bireyin hastalığını algılama biçimi ve bu doğrultuda kendisinden beklenenleri gerçekleştirme yani hatalığına uyum sağlaması ile ilgilidir.

Hastalığa uyum çeşitli faktörlerden etkilenen bir kavramdır. Özellikle bireyin kendisi, hastalığı, çevresi ile etkileşimi hastalığa uyumu etkilemektedir. Hastalığı kabul ve bireyin kendine olan inancı, uyumu ve bu doğrultuda yaşam kalitesini artıran önemli unsurlardır (12). Bu faktörler arasında özellikle bireyin kendisi ile ilgili olan hastalığa karşı mücadele isteği ve hastalık kaynaklı semptomların ilişkisi bu çalışmada araştırılan ana konulardandır. Çalışmaya özellikle yaşadıkları semptomlar nedeniyle hastalıkla mücadele eden yetersiz kaldığı ve bu nedenle servislerde yatarak tedavi gören, semptom kontrolü sağlanmaya çalışılan hastalar alınmıştır. Bireyin var olan semptomlar sonucunda ortaya çıkan kronik hastalığını kabul etmesi, semptom kontrolünün etkili şekilde sağlanabilmesi için önemlidir (10,11). Özellikle kronik hastalıklarda kişinin hastalığını kabul etmesi, sağlığı geliştirici ve bağımsızlığı artırıcı rollerin uygulanmasında gereklidir. Hastalığı kabul seviyesi arttıkça, birey duruma daha iyi uyum sağlamak ve semptomlarda iyileşmeler görülmektedir. Lewko et al. çalışmasında (11) DM'li bireylerde hastalık kabulü ile periferik semptomlar arasındaki ilişkiyi incelemiş ve düşük uyumun daha şiddetli semptom göstermesine neden olduğu ortaya çıkarmıştır. Bizim çalışmamızda DM'li bireylerin orta seviyede uyum gösterdiği ancak KAOH'lı hastaların en düşük uyuma sahip olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre literatürle benzer şekilde uyum seviyesinin düşük olması ile daha fazla semptom ortaya çıkması ilişkilendirilmiştir. Ancak bireyin hastalığı kabul seviyesinin düşmesi hastalıkla uyumlu bir hayat sürülmesini engellemektedir. Bu durumun en önemli sonucu ise yaşam kalitesinin düşmesidir (9). Yapılan çalışmalarda KAOH'lı hastalarda hastalığa uyumun kötü ya da yetersiz olmasının, bireyin semptomlarında artışa ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine yol açtığı bildirilmiştir (5,13,27,28). Bu nedenle semptom kontrolünün kronik hastalıklarda titizlikle ele alınması ve zaman kaybetmeden önleyici tedbirlerin uygulanması gerekmektedir. Özellikle hastaların uyumunu etkileyen faktörlerin bilinmesi ve hasta bakımının bu doğrultuda sürdürülmesi de son derece önemlidir.

Kaygı ve hastalık kabulü birbirini etkileyen önemli iki faktördür. Klinik bakımda özellikle hastalardan beklenen davranış, hastalığı için yapılması gerekenlere yönelip yapmaması gerekenlerden kaçmasıdır. Bu durum kişinin hastalığa uyumu ile doğrudan ilişkilidir. Ancak

gözlemlerimiz göstermiştir ki; kronik hastalığa sahip bireyler her an gelişebilecek bir olumsuzluğa karşı kaygı içerisindedirler. Kaygı ise kişinin mevcut durumu kabul etmesini engelleyen bir duygudur. Neticede bu iki durumun varlığı hasta bakımında sorunlara yol açmakta hasta-sağlık profesyoneli etkileşimi azalmaktadır. Çalışmadaki bireylerde kaygı seviyesi arttıkça, hastalığı kabul algısının düştüğü bulunmuştur. Özellikle bu durum KAOH ve KKY'li hastalarda DM'li hastalara göre daha yüksek bir ilişki göstermiştir. KAOH ve KKY'nin bireyde ortaya çıkardığı semptomların daha ciddi olması ve özellikle nefes darlığının pek çok hastada görülmesi, hastalığın daha ölümcül algılanmasına sebep olmaktadır. KAOH hastalarındaki nefes darlığının kimi zaman alevlenmelerle seyretmesi, KKY hastalarının göğüs ağrısı ve kalp krizi riski taşıması, hastalığa karşı bakışı açısını etkilemektedir (25,29). Hastaların kaygı gibi duygularını yönetebilmesi ve hastalığına karşı gereken sorumlulukları yerine getirmesi, kendi bakımda da etkili rol almasına ve öz etkililiğinin artmasına fayda sağlayacaktır.

Öz etkililik, bireylerin hastalığa karşı mücadelesinde geliştirdiği önemli bir kavramdır. Bu kavram bilişsel farkındalığın davranışsal olarak sergilenmesine odaklanır (14). Bilişsel farkındalık ise bireyin kültürel, entelektüel, sosyal yapısından etkilenebilecek bir kavramdır. Ancak kronik hastalıklar açısından ÖE'nin değerlendirilmesinde özellikle hastanın, hastalığı ile başa çıkmasında harekete geçirici davranışları sergileyebilme yetisi ön plandadır. Kronik hastalıkların ortaya çıkardığı çeşitli kısıtlılıklar hastanın istediği davranışları göstermesini engelleyebilir ve bu durum bireyin ÖE seviyesinin düşmesine neden olabilir (14). KAOH; nefes darlığı, öksürük, balgam, yorgunluk gibi semptomlar nedeniyle bireyin günlük aktivitelerinin olumsuz etkilenmesine yol açar. Bu nedenle hastaların ÖE seviyesinin azalmasına neden olabilir (30,31). Yapılan bir çalışmada KAOH, KKY, DM, kronik böbrek yetmezliği ve artrit arasında ÖE seviyesi karşılaştırılmış ve KAOH'lı bireylerin en düşük ÖE seviyesine sahip olduğu bulunmuştur (16). Bu çalışmada da KAOH'lı bireylerin KKY ve DM'li hastalara göre ÖE seviyesi düşüktür. Bu durumun solunum yolu semptomlarının aniden kötüleşmesi ve hastanın genel aktivitelerini de olumsuz olarak ciddi seviyede etkilemesi ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Kronik hastalıklarda öz etkililik ölçeğinin toplam puanı olmaması nedeniyle alt boyutların diğer ölçeklerle ilişkisi ayrı olarak ele alınmıştır. KHÖÖ'nün alt boyutlarından olan spor yapma durumu, KAOH ve KKY'li hastaların kaygı düzeyindeki artış ile ilişkili bulunmuştur. Kronik hastalığa sahip olan bireylerin semptomlarının daha da şiddetlenmesini düşünmesi normaldir. Bunun yanında artan semptomların da hareketliliği kısıtladığı bilinmektedir. Özellikle dispne gibi semptomların varlığı hastaların hareketlerini kısıtlamasına yol açacak önemli bir etkidir. Decramer ve ark. (32) yaptıkları bir çalışmada artan dispne nedeni ile bireylerin fiziksel aktivitelerini kısıtladıklarını belirtmiştir. Hastaların kaygı yaşamaları da hareketlerini azaltmada önemli bir faktördür. Breland ve ark. (33) çalışmasında KAOH'lı hastalarda farklı türlerde kaygı olabileceğini bunlardan birinin de solunum ile ilgili olduğunu bildirilmiştir. Ayrıca hastaların solunuma dair korkuları da kaygıyı artırmaktadır. Bu durum solunum sıkıntısı çeken kronik hastalığa sahip bireylerde kaygı seviyesinin artması ve bununla ilişkili olarak spor yapmanın da azalması ile açıklanabilir.

Ölçeğin hastalıkla ilgili bilgi alma alt boyutunda KOAH ve DM'li hastalarda hastalığı kabul algısı arttıkça bilgi alma isteği de artmıştır. Bu durum KOAH ve DM'li hastaların hastalıkları ile ilgili daha fazla bilgiye sahip olduklarını belirtmeleri ile örtüşmektedir. KHÖÖ'nin toplum, aile ve arkadaş gibi çevresinden yardım alma, hastalık yönetimi, ev işlerini yapma, sosyal aktiviteler, semptomlarla ve nefes darlığı ile başa çıkma alt boyutlarında da benzer şekilde hastalığı kabul algısının artması yardım alma isteğini artırmıştır. Bu durum hastalığı kabul algısının, bireyi doğru sağlık arayışı davranışına iten ve bireyin başarabilecekleri konusunda kendisini cesaretlendiren oldukça güçlü bir algı olduğunu göstermektedir. Literatürde de bu çalışma bulgularını destekler nitelikte hastalığı kabul algısının bireyi doğruyu aramaya, yanlıştan kaçınmaya, kendisi için en iyisini başarmaya yönelten bir algı olduğu vurgulanmaktadır (8,10). Özdemir ve ark. (17)'nin DM'li bireylerin sosyal destek ile ÖE seviyelerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; hastalardaki sosyal desteğin artışı ile ÖE seviyesindeki artışın anlamlı ilişki göstermesi, bu çalışmadaki DM'li bireylerin diğer hastalara göre toplum, aile ve arkadaşlarından yardım alma alt boyutundan daha yüksek puan alması benzerdir.

Kronik hastalıklarda öz etkililik ölçeğinin hastalık yönetimi, nefes darlığı ve depresyonla başa çıkma alt boyutlarında ise kaygı düzeyi arttıkça alt boyutlardaki başarı azalmıştır. DM hastada yavaş ilerleyiş gösterse de zaman içerisinde farklı sistemleri etkilemekte, bazı durumlarda da hipoglisemi ya da hiperglisemi gibi akut tablolarla bireylerin endişe yaşamasına sebep olmaktadır. Kan şekeriindeki ani değişiklik bireyin bilinç durumunu etkileyebilmekte böylece düşmelere, kazalara ve yaralanmalara yol açabilmektedir (34). Bu nedenle DM'li bireylerin yaşadıkları kaygı nedeni ile kendilerini sosyal ortamlardan uzaklaştırmaları beklenen bir durumdur. KOAH'lı bireylerde yapılan çalışmalarda ise hastaların yaşadıkları semptomlar nedeni ile kaygı düzeyindeki artış, öz bakımlarındaki düşüş ve sosyal ilişkilerinin bozulduğunun bildirilmesi bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir (3,13,35,36).

5. Sonuç ve Öneriler

Çalışmada kronik hastalığa sahip bireylerin kaygı düzeyleri yüksek, hastalığı kabul algıları ve ÖE seviyelerinin düşük bulunması, her kronik hastalığın ortaya çıkardığı sonuçlar doğrultusunda hastaların daha ayrıntılı ve bireysel olarak ele alınması gerektiğini göstermiştir. Özellikle KOAH ve KKY'de nefes darlığı, göğüs ağrısı gibi ölüme çağırıştıran belirtilerin kaygıyı artırabileceği, ÖE ve hastalığı kabulü olumsuz etkileyebileceği göz ardı edilmemelidir. Bu hastalara yönelik planlanan hemşirelik girişimleri hastanın yaşayabileceği duygular düşünülerek geniş çerçevede oluşturulmalıdır. Ayrıca çalışma grubunda yer alan hastalıklar arasında öncelikli olarak KOAH'lı bireylerin ardından KKY'li bireylerin sonuçları daha dikkat çekicidir. Bu nedenle hemşirelerin uygulamalarını bu doğrultuda planlamaları klinik karar verme açısından yol gösterici olacaktır. Daha sonra yapılacak çalışmaların ise bu tanılarıdaki hastalarda ele alınan konuların bireysel ve hastalığa ait özellikler açısından ayrıntılı olarak incelenmesi, kavramları etkileyebilecek faktörlerin daha iyi anlaşılması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Alana Katkı

Kronik hastalıkların ciddiyeti ve hastada ortaya çıkardığı kaygı, hastalığı kabul ve ÖE algısı tedavinin ilerleyişini ve hemşirelik bakımını etkileyebilecek önemli kavramlardır. Bu nedenle kliniklerde farklı kronik hastalıklara sahip bireyler değerlendirilirken; kaygı seviyesi, mevcut durumda hastalığına karşı gösterdiği uyum düzeyi ve iş birliği yapacak güce sahip olma potansiyeli arasındaki değişiklikler dikkate alınmalıdır. Bu çalışmada ortaya çıkan sonuçlar doğrultusunda ele alınan kavramlar açısından kronik hastalıklar arasındaki farkların ve ilişkilerin gösterilmesinin, hemşirelik faaliyetlerinin planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındıktan sonra (Sayı: 2016-10/08, Tarih: 21.09.2016), Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (Sayı: 10670833/663.08, Tarih: 16.03.2017) kurum izni etik izni alınmıştır. Ayrıca veri toplama esnasında çalışmanın amacı açıklanarak hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Yazarlık Katkısı

Fikir/Kavram: YC; **Tasarım:** YC, SG; **Denetleme:** YC, DZ, SG, AE; **Kaynak ve Fon Sağlama:** YC; **Malzemeler:** SG, AE; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** YC; **Analiz/Yorum:** YC; **Literatür Taraması:** YC, DZ, SG, AE; **Makale Yazımı:** YC, DZ, SG, AE; **Eleştirel İnceleme:** SG, AE.

Kaynaklar

1. Gülseven B, Oğuz S. Kronik durumlar. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, editör. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Geliştirilmiş 3. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014; 105-17 p.
2. TDK.org. [İnternet]. Kaygı. [Updated: 2.10.2020; Cited: 9.06.2020]. Available from: <https://sozluk.gov.tr/?kelime=kayg%C4%B1>
3. Özol D, Özel H, Arsakay G. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında kaygı düzeyinin değerlendirilmesi. Akciğer Arşivi. 2005;(6)1:10-3.
4. Dirik G, Şahin G. Kişilik özellikleri, hostilite (düşmanlık, öfke) ve sosyal desteğin miyokard infarktüsü (kalp krizi) geçiren hastaların kaygı ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi. U.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2008;15(2):249-66.
5. Kayhan S, Akpınar A, Murat N. Dispneli hastaların depresyon ve kaygı düzeylerinin analizi. J Clin Anal Med. 2013;4(4):281-85.
6. Safa M, Fallah Tafti S, Talischi F, Ghassem Boroujerdi F. Severity of anxiety disorders in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Iran J Psychiatry. 2015;10(2):128-32.
7. Aslan H, Uysal Z. Tip-2 diyabetli yetişkin bireylerde başa çıkma ve süreklili kaygı. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi. 2018;18:50-64.
8. Büyükkaya Besen D, Esen A. The adaptation of the acceptance of illness scale to the diabetic patients in Turkish society. TAF Prev Med Bull. 2011;10(2):155-64.
9. Côté JK, Pepler CA. Focus for nursing intervention: Realistic acceptance or helping illusions? International Journal of Nursing Practice. 2005;11(1):39-43.

10. Livneh H, Antonak RF. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. *Journal of Counseling & Development*. 2005;83(1):12-20.
11. Lewko J, Politynska B, Kochanowicz J, Zarzycki W, Okruszko A, Sierakowska M, Jankowiak B, et al. Quality of life and its relationship to the degree of illness acceptance in patients with diabetes and peripheral diabetic neuropathy. *Advances in Medical Sciences*. 2007;52(1):144-46.
12. Weinert CL, Cudney S, Spring A. Evolution of a conceptual model for adaptation to chronic illness. *J Nurs Scholarsh*. 2008;40(4):364-72.
13. Bonsaksen T, Lerdal A, Fagermoen MS. Factors associated with self-efficacy in persons with chronic illness. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2012;53:333-39.
14. Bandura A. Self-efficacy. *Encyclopedia of Human Behavior*. 2002;4:71-81.
15. Cannon D, Buys N, Sriram KB, Sharma S, Morris N, Sun J. The effects of chronic obstructive pulmonary disease self-management interventions on improvement of quality of life in COPD patients: A meta-analysis. *Respir Med*. 2016;121:81-90.
16. Ceyhan YŞ, Ünsal A. Farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz etkililik düzeylerinin karşılaştırılması. *DEUH FED*. 2018;11(4):263-73.
17. Özdemir A, Kavak F, Gültekin A. Tip II diyabet hastalarında algılanan sosyal destek ile öz etkililik durumunun belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2019;11(3):305-12.
18. Üskül TB, Selvi A, Melikoğlu A, Varol N, Türker H. Göğüs hastalıkları kliniğinde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ve hastalık tanılarının ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Arch Lung*. 2006;7(1):11-5.
19. Sidar A, Dedeli Ö, İşkesen Aİ. Açık kalp cerrahisi öncesi ve sonrası hastaların kaygı ve ağrı distresi: Ağrı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Derg*. 2013;4(1):1-8.
20. World Health Organization [Internet]. Noncommunicable diseases progress monitor 2017. [Cited: 2019 July 11]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf?sequence=1>
21. Öner N, Le Compte A. Süreksiz (Durumluk) sürekli kaygı envanteri el kitabı. 2. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1985;26 p.
22. Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science & Medicine*. 1984;18(10):889-98.
23. Lorig K, Stewart A, Ritter P, González V, Laurent D, Lynch J. Outcome measures for health education and other health care interventions. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1996; 41-5 p.
24. Ceyhan YŞ, Ünsal A. The validity and reliability study of self-efficacy scale on the people with chronic diseases. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*. 2017;19(2):1-13.
25. Badır A. Kronik kalp hastalıklarında bakım. İçinde: Durna Z, editör. *Kronik hastalıklar ve bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012;p.147-60.
26. Vural M, Başar E. Psikolojik faktörlerin koroner kalp hastalığına etkisi: Olumsuz psikolojik faktörlere müdahale edilmeli mi? *Anadolu Kardiyol Derg*. 2006;6(1):55-9.
27. George J, Kong DCM, Thoman R, Stewart K. Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. *Chest*. 2005;128(5):3198-204.
28. George J, Kong DC, Stewart K. Adherence to disease management programs in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2007;2(3):253-62.
29. Ekren PK, Gürgün A. KOAH'da pulmoner rehabilitasyon: Kime, ne zaman, nasıl? *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2013;1(1):124-35.
30. Olgun N, Eti Aslan F, Akıncı AÇ. Toraks ve alt solunum sistemi hastalıkları. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, editör. *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım*. Geliştirilmiş 3. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014; 341-88 p.
31. Mi E, Mi E, Ewing G, Mahadeva R, Gardener AC, Holt Butcher H, et al. Associations between the psychological health of patients and carers in advanced COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2017;12:2813-21.
32. Decramer M, Rennard S, Troosters T, Mapel DW, Giardino N, Mannino D, et al. COPD as a lung disease with systemic consequences: Clinical impact, mechanisms, and potential for early intervention. *COPD Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2008;5(4):234-56.
33. Breland JY, Hundt NE, Barrera TL, Mignogna J, Petersen NJ, Stanley MA, et al. Identification of anxiety symptom clusters in patients with COPD: Implications for assessment and treatment. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2015;22(5):590-6.
34. Bahçecik N. Diyabet ve akut durumlar. Erdoğan S, editör. İçinde: *Diyabet hemşireliği temel bilgiler*. İstanbul: Diyabet Hemşireliği Derneği; 2002; 117-25 p.
35. Demir G, Akkoca Ö, Doğan R, Saryal S, Karabıyık, G. KOAH'da dispne ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2003;51(4):365-72.
36. Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. 3.Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi;2014.