

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK



KRONİK HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİNİN HASTALIĞA UYUMUNA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELİF GÜLER

İSTANBUL, 2024

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK



KRONİK HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİNİN HASTALIĞA UYUMUNA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELİF GÜLER

DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ BURCU DEDEOĞLU DEMİR

İSTANBUL, 2024

KABUL VE ONAY

ELİF GÜLER tarafından hazırlanan “**KRONİK HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN, HASTALIĞA UYUMUNA ETKİSİ**” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 17.09.2024 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği ile İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik programı Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi BURCU DEDEOĞLU

DEMİR

.....

Üye

Dr. Öğr.Üyesi Sevda TÜREN

İstanbul Arel Üniversitesi

.....

Üye

Dr. Öğr.Üyesi Meryem AYVAZ

Koç Üniversitesi

.....

İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

PROF. DR. ALİ AKDEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**KRONİK HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN, HASTALIĞA UYUMUNA ETKİSİ**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

17.09.2024

ELİF GÜLER

ÖZET

KRONİK HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN, HASTALIĞA UYUMUNA ETKİSİ”

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ELİF GÜLER

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK

(DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ BURCU DEDEOĞLU DEMİR)

İSTANBUL, 2024

Bu araştırma kronik hastalığa sahip olan bireylerin kişilik özelliklerinin hastalık sürecine uyum ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırma İstanbul’da bir kamu hastanesin acil ve dahiliye servisinde yapıldı. Çalışma örneklemini Eylül 2023-Nisan 2024 tarihleri arasında en az bir kronik hastalığa sahip olan 235 hasta birey oluşturdu. Veriler; kronik hastalığa yönelik Kişisel Bilgi Formu, Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) ve On Maddeli Kişilik Ölçeği (OMKÖ) kullanılarak toplandı, yüzdelik hesabı ve korelasyon analizi kullanılarak analiz edildi. İstatiksel anlamlılık düzeyi ' $p<0,05$ ' olarak kabul edildi. Kronik hastalığı olan 235 kişiden, %42.6’ının erkek ve %57.4’ünün kadın olduğu; kronik hastalıklardan %22.1’i ile en çok hipertansiyon en az %1.3’ünün Alzheimer/demens/Parkinson olduğu saptandı. Kronik hastalıklara fiziksel uyum puanları üzerindeki etkisine yönelik yapılan çoklu regresyon analiz sonuçlarına göre yumuşak başlılık, sorumluluk puanlarının kronik hastalıklara fiziksel uyum puanlarına etkisinin pozitif yönde anlamlı olduğu sonucuna varıldı. Çalışma regresyon analizine göre uyumluluk, sorumluluk ve dışadönüklüğün genel uyum üzerindeki olumlu etkisi olduğu belirlendi. Uyum süreçlerinin çok yönlü doğasını ve kişilik özelliklerinin süreçler üzerindeki önemli etkisini vurgular.

Anahtar Kelimeler: Hastalığa uyum, kişilik özellikleri, kronik hastalık.

ABSTRACT

THE EFFECT OF PERSONALITY CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASES ON THEIR ADAPTION TO THE DISEASE

MASTER'S THESIS

ELİF GÜLER

GRADUATE SCHOOL, ISTANBUL AREL UNIVERSITY

NURSING

(SUPERVISOR: DR. BURCU DEDEOĞLU DEMİR)

İSTANBUL, 2024

This descriptive study was conducted to determine the relationship between the personality traits of individuals with chronic diseases and the disease process. It was conducted in the emergency and internal medicine department of a public hospital in Istanbul. The study sample consisted of 235 patients with at least one chronic disease between September 2023 and April 2024. Personal Information Form for chronic disease, Chronic Disease Adaptation Scale (CDA) and Ten-Item Personality Scale (TIPS) were collected and analyzed using percentage correlation analysis. The statistical significance level was accepted as ' $p < 0.05$ '. Among chronic diseases, hypertension was the most common with 22.1%. According to the results of multiple regression analysis conducted on the effect on physical adaptation to chronic diseases scores, it was concluded that the effect of agreeableness and conscientiousness scores on physical adaptation to chronic diseases scores was positively significant. According to the study regression analysis, it was determined that agreeableness, conscientiousness and extraversion have a positive effect on general adjustment and extraversion has a positive effect on psychological adjustment. It emphasizes the multifaceted nature of adjustment processes and the important effect of personality traits on these processes. As a result, it was determined that there is a relationship between adaptation to the disease and personality traits.

Key Words: Adaptation to illness, chronic disease, personality traits

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİL LİSTESİ.....	v
TABLO LİSTESİ	vi
KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ.....	vii
ÖNSÖZ.....	viii
1 GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Arka Planı ve Bağlamı	1
1.2 Araştırmanın Amacı ve Gerekçesi	1
1.3 Çalışmanın Önemi.....	2
2 GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Kronik Hastalıklar	4
2.1.1 Kronik Hastalıkların Bireyler ve Toplum Üzerindeki Etkileri	5
2.1.2 Kronik Hastalıkların Yaygın Türleri.....	7
2.1.3 Kronik Hastalıkların Belirtileri ve Yönetimi	8
2.1.4 Kronik Hastalıkların Psikososyal Etkileri.....	10
2.2 Kişilik Teorileri ve Özellikleri	10
2.2.1 Kişilik Özelliklerinin Belirlenmesi ve Ölçülmesi	11
2.3 Kişilik Özellikleri ve Sağlık İlişkisi	12
2.3.1 Kişilik ve Fiziksel Sağlık	13
2.3.2 Kişilik ve Psikolojik Sağlık.....	13
2.3.3 Kişilik Özelliklerinin Hastalık Yönetimine Etkisi	14
2.4 Hastalığa Uyum ve Başa Çıkma Stratejileri.....	14
2.4.1 Hastalığa Uyumun Tanımı ve Önemi	14
2.4.2 Başa Çıkma Stratejileri ve Mekanizmaları	15
2.4.3 Sosyal Destek ve Hastalığa Uyum	16
2.5 Kişilik Özellikleri ve Hastalığa Uyum Arasındaki İlişki	16
2.5.1 Pozitif ve Negatif Kişilik Özelliklerinin Uyuma Etkisi	17
3 GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1 Araştırmanın Şekli	19
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	19
3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.4 Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	19
3.5 Araştırma için Dışlanma Kriterleri.....	20
3.6 Araştırma Sonlandırma Ölçütler	20
3.7 Araştırmanın Soruları.....	20
3.8 Veri Toplama Araçları	20
3.9 Kişisel Bilgi Formu	20
3.10 Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ)	21
3.11 On Maddeli Kişilik Ölçeği (OMKÖ)	21
3.12 Verilerin Toplanması	21
3.13 Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.14 Araştırmanın Etik Yönü	22
4 BULGULAR.....	23

4.1	Demografik Bilgiler	23
4.2	Kategorik Değişkenlere Göre Kronik Hastalıklara Uyum Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	25
4.3	Kategorik Değişkenlere göre Kişilik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	27
4.4	Regresyon Analizi	30
4.5	Korelasyon Analizi	31
4.6	Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği İle Kişilik Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Ve Ölçek Puanlarının Kategorik Değişkenlere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	31
5	TARTIŞMA	34
5.1	Demografik Bilgilere Göre Tartışma	34
5.2	Belirli Kişilik Özelliklerinin Rolü	35
5.3	Deneyime Açıklık ve Dışadönüklüğün Etkisi	36
5.4	Regresyon Analizine Göre Tartışma	36
5.5	Ek Kronik Hastalıkların Etkisi	39
5.6	Kişilik Özellikleri ve Hastalık Yönetimi	39
6	SONUÇ VE ÖNERİLER	41
6.1	Sonuçlar	41
6.2	Öneriler	42
7	KAYNAKLAR	43
8	EKLER	50
	EK A Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu	50
	EK B Kişisel Bilgi Formu	52
	EK C Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ))	53
	EK D On-Maddeli Kişilik Ölçeği-(OMKÖ)	55
	EK E OMKÖ Ölçek İzni	57
	EK F KHUÖ Ölçek İzni	58
	EK G Etik Kurul İzni	59
	EK H Kurum İzni	60
9	ÖZGEÇMİŞ	61

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1 Dünya Çapında Ölüme Neden Olan On Hastalık/Durum. (Kızıloğlu,2022).	8
--	---

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1 Demografik Bilgiler.....	23
Tablo 4.2 Kategorik Değişkenlere Göre Kronik Hastalıklara Uyum Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	25
Tablo 4.3 Kategorik Değişkenlere göre Kişilik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	27
Tablo 4.4 Regresyon Analizi.....	30
Tablo 4.5 Korelasyon Katsayıları ve Güç İlişkisi	31
Tablo 4.6 Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği ile Kişilik Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi.....	32

KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ

ADA	: Amerikan Diyabet Derneği
AIDS	: Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
DM	: Diabetes Mellitus
HT	:Hipertansiyon
KBH	:Kronik Böbrek Hastalığı
KKY	: Kronik Kalp Yetmezliği
KOAH	:Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
KVH	:Kardiyovasküler hastalıklar
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü

ÖNSÖZ

Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Kişilik Özelliklerinin, Hastalığa Uyumuna Etkisi başlıklı tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve önerileriyle beni yönlendiren, vakit ayıran çok değerli tez danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Burcu DEDEOĞLU DEMİR'e

Yüksek lisans sürecim boyunca desteklerini benden esirgemeyen ekip arkadaşlarıma, sevgili ablam Merve Yalınkılıç'a

Hayatımın her anında yanımda olan ve beni destekleyen sevgili annem, babam ve kardeşime sonsuz sevgi ,saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

17.09.2024

ELİF GÜLER

1 GİRİŞ

1.1 Araştırmanın Arka Planı ve Bağlamı

Kronik hastalıklar, genellikle ilerleyici ve kalıcı olan, sıklıkla sürekli tıbbi müdahale gerektiren ve günlük aktiviteleri sınırlayan uzun süreli tıbbi durumlardır (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri [CDC], 2020). Diyabet, kalp-damar hastalıkları, kronik solunum yolu hastalıkları ve kanserin de aralarında bulunduğu bu durumlar, hastaların yaşam kalitesini ve ruh sağlığını önemli ölçüde etkiliyor. Dünya Sağlık Örgütü'ne (2021) göre, kronik hastalıklar dünya çapında ölümlerin önde gelen nedenidir ve küresel olarak tüm ölümlerin %71'ini oluşturmaktadır. Bu hastalıkların yönetimi sadece tıbbi müdahaleyi değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal desteği de içerir; çünkü bireylerin yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlaması ve koşullarının psikolojik yüküyle baş etmesi gerekir.

Kalıcı düşünce, duygu ve davranış kalıpları olarak tanımlanan kişilik özellikleri, bireylerin kronik hastalıkları nasıl yönettikleri ve bunlara nasıl uyum sağladıklarında kritik bir rol oynamaktadır. Araştırmalar dayanıklılık, iyimserlik ve vicdanlılık gibi belirli kişilik özelliklerinin daha iyi hastalık yönetimi ve daha iyi sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (Hampson, 2012). Tersine, nevroitiklik ve karamsarlık gibi özellikler hastalığa uyumu olumsuz yönde etkileyerek daha kötü sağlık sonuçlarına ve daha düşük yaşam kalitesine yol açabilir (Smith ve MacKenzie, 2006). Kişilik özellikleri ile hastalık uyumu arasındaki etkileşimi anlamak, başa çıkma stratejilerini geliştiren ve kronik hastalıkları olan bireylerin genel refahını artıran kişiselleştirilmiş müdahalelerin geliştirilmesi için değerli bilgiler sağlayabilir.

1.2 Araştırmanın Amacı ve Gerekçesi

Bu araştırmanın amacı kişilik özelliklerinin kronik hastalıklara uyum üzerindeki etkisini araştırmaktır. Spesifik olarak, çalışma hangi kişilik özelliklerinin kronik hastalıklara etkili uyumu kolaylaştırdığını veya engellediğini ve bu özelliklerin sosyal destek, hastalığın şiddeti ve psikolojik müdahaleler gibi diğer faktörlerle nasıl etkileşime girdiğini belirlemeyi amaçlamaktadır. Araştırma, bu ilişkileri açıklayarak,

hastalığa adaptasyonu artıran ve hastaların yaşam kalitesini artıran özel terapötik yaklaşımların geliştirilmesine katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

Bu araştırmanın mantığı, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin kolektif olarak sağlık sonuçlarını etkilediğini öne süren biyopsikososyal sağlık modelinin giderek daha fazla tanınmasından kaynaklanmaktadır (Engel, 1977). Kronik hastalıkların biyolojik ve tıbbi yönleri üzerine yapılan kapsamlı araştırmalara rağmen, psikolojik bileşenlerin, özellikle de kişilik özelliklerinin hastalığa uyum sağlamadaki rolünün anlaşılmasında bir boşluk bulunmaktadır. Önceki çalışmalar öncelikle belirli hastalıklara veya izole kişilik özelliklerine odaklanmıştır; çeşitli kronik durumlarda çoklu kişilik boyutlarını dikkate alan kapsamlı bir yaklaşımdan yoksundu. Bu araştırma, bütünsel bir bakış açısı benimseyerek, geniş bir yelpazedeki kişilik özelliklerini ve bunların farklı kronik hastalıkları olan bireylerdeki uyum süreci üzerindeki etkilerini inceleyerek bu boşluğu gidermektedir.

Bu araştırma, bu boşlukları ele alarak, kronik hastalıklara uyumda kişilik özelliklerinin rolünün daha incelikli ve kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını sağlamayı ve sonuçta hasta sonuçlarını iyileştiren hedeflenen müdahalelerin geliştirilmesine bilgi sağlamayı amaçlamaktadır.

1.3 Çalışmanın Önemi

Bu çalışmanın önemi, kronik hastalık yönetiminin psikolojik ve sosyal boyutlarına ilişkin anlayışı geliştirme potansiyeline sahip olmasıdır. Kronik hastalıklar yalnızca bireyler üzerinde değil aynı zamanda sağlık sistemleri ve genel olarak toplum üzerinde de önemli bir yük oluşturmaktadır. Bu araştırma, kronik hastalığa uyumu kolaylaştıran veya engelleyen kişilik özelliklerini tanımlayarak, hasta sonuçlarını ve yaşam kalitesini iyileştiren hedefe yönelik müdahalelerin geliştirilmesine bilgi sağlayabilir.

Hastalığa uyumda kişiliğin rolünü anlamak, hastaların psikolojik profilleriyle uyumlu kişiselleştirilmiş bakım stratejilerine katkıda bulunabilir. Örneğin, sağlık profesyonelleri, kronik hastalıkları olan hastalarda dayanıklılığı ve iyimserliği artıracak müdahaleleri özel olarak düzenleyebilir, böylece daha iyi başa çıkma mekanizmalarını ve tedavi rejimlerine uyumu teşvik edebilir (Hampson, 2012). Ek

olarak, nevrozluğun hastalığa uyum üzerindeki zararlı etkilerinin tanınması, bu spesifik zorlukları ele alan psikolojik destek programlarının tasarlanmasına yardımcı olabilir.

Ayrıca bu çalışma kronik hastalık yönetiminde sosyal desteğin önemini vurgulamaktadır. Araştırma, sosyal ağların belirli kişilik özelliklerinin olumlu etkilerini nasıl artırabileceğini açıklayarak, hastalar için destekleyici bir ortam geliştiren toplum temelli müdahalelere ve destek gruplarına olan ihtiyacın altını çizmektedir.

Çalışmanın bulguları, sağlık sonuçlarının anlaşılmasında biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri birleştiren daha kapsamlı bir biyopsikososyal sağlık modeline katkıda bulunabilir (Engel, 1977). Bu bütünsel bakış açısı, kronik hastalıkların yönetimine yönelik etkili ve sürdürülebilir yaklaşımlar geliştirmek, sonuçta sağlık sistemleri üzerindeki genel yükü azaltmak ve hasta refahını iyileştirmek için çok önemlidir.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Kronik Hastalıklar

Yunanca zaman anlamına gelen "khronos" sözcüğünden türetilen "kronik" terimi, ilerleyici olan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren, günlük aktivitelerde yavaş ve geri dönüşü olmayan değişikliklere yol açan hastalıkları ifade eder. Kronik hastalıklar arasında hem Hepatit C, felç, AIDS, kanser, HIV ve kalp hastalıkları gibi hayatı tehdit eden durumlar hem de artrit, KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı), diyabet ve astım gibi kontrol edilebilir durumlar yer alır. Bu hastalıklar sadece spesifik rahatsızlıklarla sınırlı kalmayıp yaşam boyu ve geri dönüşü olmayan fonksiyon kayıplarına neden olan çeşitli sorunları da içermekte olup, onları akut hastalıklardan ayırmaktadır. Son yıllarda kronik hastalıklar 'bulaşıcı olmayan hastalıklar' (BOH) olarak sınıflandırılmaya başlanmıştır. Bu sınıflandırma aynı zamanda toplum sağlığının özet belirteçleri olarak hizmet veren ulusal hastalık yükü çalışmalarında da uygulanmaktadır. Bireyin yaşam tarzı ve davranışları, yüksek vücut kitle indeksi ve tütün kullanımı (hem pasif hem de aktif) gibi faktörler, bulaşıcı olmayan bu hastalıkların artmasına neden olmaktadır (Kızıloğlu, 2022).

Bir yıl veya daha uzun süren, sürekli tıbbi müdahale gerektiren veya günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan durumlar olarak tanımlanan kronik hastalıklar, önemli bir küresel sağlık sorununu temsil etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (2023) göre, dört ana kronik hastalık (kardiyovasküler hastalıklar (felç ve koroner kalp hastalığı dahil), kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet) dünya çapındaki tüm ölümlerin üçte ikisinden fazlasını oluşturmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde, ilk on ölüm nedeninden dokuzu kronik hastalıklardır ve bu da bunların halk sağlığı üzerindeki yaygın etkisini vurgulamaktadır.

Kalp krizleri ve felçler de dahil olmak üzere kardiyovasküler hastalıklar (KVH), bu kronik durumlar arasında en yaygın olanlardır. Sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, tütün kullanımı, aşırı alkol tüketimi gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanırlar. KVH'lerin yükü sarsıcıdır ve dünya çapında önemli oranda mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır. Ölümcül sonuçlarının yanı sıra, bu hastalıklar bireylerin yaşam kalitesini de büyük ölçüde düşürerek çeşitli fiziksel, duygusal ve sosyal sonuçlara yol açmaktadır (Gaziano, 2022).

Kronik hastalıkların etkisi fiziksel semptomların ötesine geçer. Etkilenen bireyler sıklıkla derin bir çaresizlik duygusu yaşar ve beden imajında bozulma yaşar. Kronik durumlar, bireylerin hastalıkları veya buna bağlı damgalanma nedeniyle sosyal aktivitelerden çekilebilmesi nedeniyle sosyal izolasyona yol açabilir. Ayrıca, kronik bir hastalığın sürekli yönetimi, umutsuzluk ve ölüm korkusu duygularını tetikleyerek zihinsel sağlığı ve genel refahı etkileyebilir (Lorig ve ark., 2020).

Kronik hastalıkların başlangıcını ve ilerlemesini azaltmak için önleyici tedbirler çok önemlidir. Sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek, düzenli fiziksel aktiviteyi teşvik etmek ve tütün ve alkol kullanımını azaltmak gibi yaşam tarzı değişikliklerine odaklanan halk sağlığı stratejileri önemlidir (Margină ve ark., 2020). Rutin tıbbi kontroller yoluyla risk faktörlerinin erken tespiti ve etkili yönetimi, önlemede de önemli bir rol oynayabilir (WHO, 2023). Ayrıca, besleyici gıdalara erişimin iyileştirilmesi ve fiziksel aktivite için güvenli alanların geliştirilmesi gibi sağlıklı yaşam için destekleyici ortamlar yaratmayı amaçlayan kamu politikaları, kronik hastalıkların yaygınlığıyla mücadelede hayati öneme sahiptir (Mazzucca, ve ark., 2021).

Kronik hastalıklar, özellikle ölüm nedenlerinin başında yer aldığı yüksek gelirli ülkelerde küresel sağlık açısından ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki geniş kapsamlı etki, kapsamlı önleyici stratejiler ve halk sağlığı müdahalelerini gerektirmektedir. Temel nedenleri ele alarak ve daha sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik ederek, kronik hastalıkların yükünü azaltmak ve toplum sağlığı sonuçlarını iyileştirmek mümkündür (WHO, 2023).

2.1.1 Kronik Hastalıkların Bireyler ve Toplum Üzerindeki Etkileri

Kronik hastalıkların bireyler üzerinde derin ve çok yönlü etkileri vardır; onların fiziksel, psikolojik ve ekonomik sağlık durumlarını etkiler. Kronik hastalıkların fiziksel semptomları, kalıcı ağrı ve yorgunluktan ciddi organ fonksiyon bozukluklarına kadar değişebilmektedir. Örneğin, kalp-damar hastalığı olan hastalarda göğüs ağrısı ve nefes darlığı yaşanabilirken, diyabet hastalarında nöropati ve böbrek yetmezliği görülebilmektedir (American Heart Association, 2020; American Diabetes Association, 2020).

Kronik hastalıkların psikolojik etkisi de aynı derecede önemlidir. Hastalığın sürekli yönetimi, yaşam tarzı değişiklikleri ve geleceğe ilişkin belirsizlik, depresyon, anksiyete ve sosyal izolasyon risklerinin artmasına neden olabilir. Araştırmalar, kronik rahatsızlıkları olan bireylerin genel nüfusa kıyasla sıklıkla daha yüksek düzeyde psikolojik stres yaşadıklarını göstermiştir. Bu stres, günlük yaşamı bozabilen ve sosyal etkileşimleri kısıtlayabilen, sürekli ilaç tedavisi ve düzenli tıbbi randevulara duyulan ihtiyaç nedeniyle daha da kötüleşmektedir (Bodenheimer, Lorig, Holman ve Grumbach, 2002).

Üstelik, kronik hastalıkların ekonomik yükü oldukça büyüktür; doğrudan tıbbi maliyetleri ve üretkenlik kaybıyla ilgili dolaylı maliyetleri kapsar. Kronik hastalıklar dünya çapında sakatlık ve ölümün önde gelen nedenidir ve tedavi ve yönetim için yüksek sağlık bakım maliyetlerine yol açar. Bu maliyetler hastaneye yatışları, uzun süreli bakımı ve ilaçları içerir. Bloom ve arkadaşlarına göre (2012), kronik hastalıkların ekonomik etkisi sadece sağlık harcamalarıyla sınırlı kalmayıp, devamsızlık ve iş kapasitesinin azalması nedeniyle üretkenlikte önemli kayıpları da içermektedir. Bu durum, sürekli bakım sağlamak için önemli miktarda kaynak ayırması gereken sağlık sistemleri üzerinde ek bir yük oluşturmakta ve çoğu zaman sağlık hizmetlerinin genel kalitesini etkileyebilecek kaynak kısıtlamalarına yol açmaktadır.

Sağlık sistemleri açısından bakıldığında kronik hastalıkların yükü, daha sürdürülebilir ve etkili bakım modellerine doğru bir geçişi gerektirmektedir. Bu, kronik durumların görülme sıklığını ve şiddetini azaltmak için önleyici tedbirlerin, hasta eğitiminin ve öz yönetim desteğinin entegrasyonunu içerir. Sağlık hizmeti profesyonelleri yalnızca semptomları tedavi etmekle kalmayıp aynı zamanda altta yatan risk faktörlerini ele alarak ve yaşam tarzı değişikliklerini teşvik ederek bu paradigmada önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin diyet danışmanlığı, egzersiz programları ve sigarayı bırakma desteği gibi müdahaleler kronik hastalık yönetiminin temel bileşenleridir (Bodenheimer ve ark., 2002; Bloom ve ark., 2012; Kim, ve ark., 2021).

Kronik hastalıkların etkilerinin azaltılmasında bireysel hasta bakımının yanı sıra halk sağlığı girişimleri de hayati öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmeyi, sağlıklı davranışları teşvik etmeyi ve sağlığın sosyal belirleyicilerini

azaltmayı amaçlayan politikalar, kronik rahatsızlıkların temel nedenleriyle mücadele etmek için gereklidir. Sağlık hizmeti profesyonelleri, politika yapıcılar ve toplumlar arasındaki işbirlikçi çabalar, kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetilmesinde daha etkili stratejilere katkıda bulunabilir, sonuçta sağlık sonuçlarını iyileştirebilir ve sağlık sistemleri üzerindeki genel yükü azaltabilir (WHO, 2023).

Kronik hastalıkların etkisi bireyin ötesine geçerek aileleri, toplumları ve sağlık sistemlerini etkilemektedir. Bu durumların yönetilmesinde tıbbi tedavi, psikolojik destek, ekonomik müdahaleler ve halk sağlığı stratejilerini içeren kapsamlı bir yaklaşım esastır. Profesyonel sağlık hizmetleri kronik hastalıkların çok yönlü yapısını ele alarak hasta sonuçlarının iyileştirilmesine ve bu yaygın sağlık sorunlarının küresel yükünün azaltılmasına önemli ölçüde katkıda bulunabilir (Knapp ve Wong, 2020).

2.1.2 Kronik Hastalıkların Yaygın Türleri

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Avrupa'da 65 yaş ve üzeri her üç kişiden ikisinde en az iki kronik hastalığın bulunduğunu bildirmiştir. Önümüzdeki 10 yılda bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin dünya genelinde %17 oranında artacağı öngörülmektedir. Ülkemizde son yıllarda sağlık eylem planında önemli ilerlemeler sağlanmış olup kronik hastalıklar ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2017 yılında yayınladığı verilere göre KOAH, kanser, kalp-damar hastalıkları, astım, diyabet, hipertansiyon gibi kronik rahatsızlıklar nedeniyle hastaneye başvurular geçen yıl tüm başvuruların %30,3'ünü oluşturmuştur. Bu yüzde 15,9'u 15-29 yaş grubunda, yüzde 39,7'si ise 70 yaş üstü grupta yer almıştır. Böylece kronik hastalıkların önlenmesi ve erken tedavisinin ülke ekonomisine %10 oranında katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Şekil 2.1'de gösterildiği gibi, DSÖ tarafından önde gelen ölüm nedenleri olarak tanımlanan ilk on hastalık ve durum, ağırlıklı olarak bulaşıcı olmayan (BOH) hastalıklardır. BOH'lar dünya çapındaki ölümlerin %71'inden sorumludur (Kızıloğlu, 2022).



Şekil 2.1 Dünya Çapında Ölüme Neden Olan On Hastalık/Durum.(Kızıloğlu,2022).

Dünya çapında çeşitli kronik hastalık türleri yaygındır. Örneğin; kardiyovasküler hastalıklara (KVH); koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve felç gibi durumlar dahildir. KVH'ler küresel olarak önde gelen ölüm nedenidir (WHO, 2023). Yüksek kan şekeri seviyeleri ile karakterize edilen bir metabolik bozukluk olan diyabet, uygun şekilde yönetilmediği takdirde ciddi komplikasyonlara yol açabilir (ADA, 2023). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astım gibi durumlar bu kategoriye girer ve akciğer fonksiyonunu ve nefes almayı etkiler (Tamondong-Lachica ve ark., 2023). Çeşitli kanser türleri doğası gereği kroniktir ve uzun süreli tedavi ve izleme gerektirir (Amerikan Kanser Derneği, 2023). Kronik Böbrek Hastalığı (KBH); zamanla böbrek fonksiyonunun kademeli olarak kaybını içerir (Ulusal Böbrek Vakfı, 2023). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 yılı verilerine göre 65 yaş ve üzeri bireylerin yüzde 41,5'i dolaşım sistemi hastalıklarından, yüzde 15,3'ü iyi ve kötü huylu tümörlerden, yüzde 15,3'ü ise solunum sistemi hastalıklarından hayatını kaybetmiştir

2.1.3 Kronik Hastalıkların Belirtileri ve Yönetimi

Kronik hastalıklar, uzun süre devam eden, sıklıkla sürekli tıbbi müdahale gerektiren ve bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen çok çeşitli durumları kapsar. Bu hastalıkların semptomları spesifik duruma bağlı olarak büyük ölçüde değişebilir, ancak yaygın belirtiler arasında kalıcı ağrı, yorgunluk, nefes alma

güçlükleri ve göğüs ağrısı ve hipertansiyon gibi kardiyovasküler semptomlar yer alır. Örneğin, diyabet sıklıkla artan susama, sık idrara çıkma ve bulanık görme gibi semptomlarla karakterize edilirken, kronik solunum yolu hastalıkları sıklıkla kronik öksürük ve nefes darlığı ile ortaya çıkar (Mayo Clinic, 2023). Kronik hastalıkların yönetimi tıbbi tedaviyi, yaşam tarzı değişikliklerini ve hasta eğitimini birleştiren çok yönlü bir yaklaşımı içerir. Bu kapsamlı strateji sadece semptomları hafifletmeyi değil aynı zamanda komplikasyonları önlemeyi ve hastaların genel refahını arttırmayı da amaçlamaktadır (WHO, 2021).

Farmakolojik tedaviler kronik hastalık yönetiminin temel taşını oluşturur. Bu tedaviler semptomları kontrol altına almak, komorbid durumları yönetmek ve hastalığın ilerlemesini önlemek için uyarlanmıştır. Örneğin, hipertansiyonu olan hastalara kan basıncını yönetmek için antihipertansif ilaçlar reçete edilebilirken, diyabetli bireylere kan şekeri seviyelerini düzenlemek için insülin veya oral hipoglisemik ajanlara ihtiyaç duyulabilir (American Diabetes Association, 2020). Kronik solunum yolu hastalıklarında, akciğer fonksiyonunu iyileştirmek ve inflamasyonu azaltmak için bronkodilatörler ve kortikosteroidler yaygın olarak kullanılır (Xie ve ark., 2023).

Yaşam tarzı değişiklikleri kronik hastalıkların tedavisinde kritik öneme sahiptir ve bunların başlamasını ve ilerlemesini önlemede önemli bir rol oynar. Sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve sigarayı bırakma, kronik hastalık yönetim planının önemli bileşenleridir. Meyveler, sebzeler, tam tahıllar ve yağsız proteinler açısından zengin dengeli bir beslenme, optimal vücut ağırlığının korunmasına yardımcı olur ve komplikasyon riskini azaltır (American Heart Association, 2020). Düzenli fiziksel aktivite kardiyovasküler sağlığı iyileştirir, ruh halini iyileştirir ve genel fiziksel uygunluğu artırırken sigarayı bırakmak solunum ve kardiyovasküler hastalık riskini önemli ölçüde azaltır (WHO, 2023).

Hastaları eğitim ve öz yönetim desteği yoluyla güçlendirmek, kronik hastalık yönetiminin önemli bir yönüdür. Hastaları durumları, tedavi seçenekleri ve yaşam tarzı değişiklikleri konusunda eğitmek, onların sağlıkları hakkında bilinçli kararlar vermelerini sağlar. Öz yönetim programları hastalara semptomları izleme, ilaç rejimlerine uyma ve komplikasyonların erken belirtilerini fark etme gibi becerileri öğretir (Bodenheimer ve ark., 2002; Chittem ve ark., 2022). Bu programların klinik

sonuçları iyileştirdiği ve hastaların sağlıklarını yönetme konusundaki güvenini artırdığı gösterilmiştir.

Dahası, sağlık profesyonelleri her hastanın kendine özgü ihtiyaçlarına göre tasarlanmış kapsamlı bakım sağlamak için sıklıkla diyetisyenler, fizyoterapistler ve ruh sağlığı profesyonellerini içeren multidisipliner ekiplerle işbirliği yaparlar. Bu işbirlikçi yaklaşım, hastanın sağlığının tüm yönlerinin ele alınmasını sağlayarak, bütünsel refahı ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesini sağlar.

Devam eden araştırmalar ve teknolojik gelişmeler kronik hastalıkların yönetimini şekillendirmeye devam etmektedir. Teletıp ve dijital sağlık araçlarındaki yenilikler, hastaların durumlarını uzaktan izlemenin yeni yollarını sunarak zamanında müdahale edilmesini sağlamakta ve sık sık yüz yüze ziyaret ihtiyacını azaltmaktadır. Giyilebilir cihazlar ve mobil sağlık uygulamaları yaşamsal belirti ve semptomların sürekli izlenmesine olanak tanıyarak daha proaktif ve kişiselleştirilmiş bakıma olanak sağlar (Piwek ve ark., 2016). Sağlık hizmeti profesyonelleri; tıbbi tedaviyi, yaşam tarzı değişikliklerini ve hasta eğitimini entegre ederek semptomları etkili bir şekilde yönetebilir, komplikasyonları önleyebilir ve kronik rahatsızlıklarla yaşayan bireylerin genel yaşam kalitesini artırabilir.

2.1.4 Kronik Hastalıkların Psikososyal Etkileri

Kronik hastalıkların zihinsel sağlığı, sosyal ilişkileri ve genel refahı etkileyen önemli psikososyal etkileri vardır. Kronik rahatsızlıkları olan bireyler, sürekli hastalık yönetimi ihtiyacı ve fiziksel sınırlama potansiyeli nedeniyle sıklıkla kaygı, depresyon ve hayal kırıklığı duyguları yaşarlar. Sosyal açıdan kronik hastalıklar, hastaların aktivitelerden ve sosyal etkileşimlerden çekilebilmesi nedeniyle izolasyona yol açabilir. Kronik bir hastalığı yönetmenin yarattığı stres, aile ve arkadaşlarla ilişkileri de zorlayabilir. Dahası, belirli kronik durumlarla ilişkili damgalanma ayrımcılığa ve sosyal desteğin azalmasına yol açabilir (De Ridder, Geenen, Kuijer ve van Middendorp, 2008).

2.2 Kişilik Teorileri ve Özellikleri

Kişilik teorileri, bireyleri benzersiz kılan düşünce, duygu ve davranışlardaki kalıpları açıklamayı amaçlamaktadır. Bu teoriler kişiliğin ve gelişiminin altında yatan

mekanizmaları anlamak için yapılandırılmış çerçeveler sağlar. Kişilik özellikleri, bir bireyin davranışını çeşitli durumlarda ve zaman içinde tutarlı bir şekilde etkileyen kalıcı özelliklerdir (McCrae ve Costa, 2008).

Psikanalitik Teori: Sigmund Freud tarafından öne sürülen bu teori, bilinçdışı zihnin ve erken çocukluk deneyimlerinin kişilik üzerindeki etkisini vurgulamaktadır. Freud'un modeli, davranışları ve iç çatışmaları şekillendirmek için etkileşime giren id, ego ve süperegoda oluşur (Freud, 1923).

Özellik Teorisi: Özellik teorisi, belirli kişilik özelliklerini tanımlamaya ve ölçmeye odaklanır. Büyük Beş olarak da bilinen Beş Faktör Modeli (FFM), beş geniş boyutu içeren öne çıkan bir özellik teorisi çerçevesidir: deneyime açıklık, vicdanlılık, dışa dönüklük, uyumluluk ve nevroitiklik (Costa ve McCrae, 1992).

Hümanistik Teori: Carl Rogers ve Abraham Maslow, bireysel büyümeyi, kendini gerçekleştirme ve özgür iradeyi vurgulayan hümanistik psikolojinin önemli figürleridir. Bu teori, insanların potansiyellerini gerçekleştirme ve kişisel doyuma ulaşma yönünde doğuştan gelen bir dürtüye sahip olduklarını öne sürmektedir (Rogers, 1951; Maslow, 1943).

Sosyal-Bilişsel Teori: Albert Bandura'nın teorisi, kişilik gelişiminde bilişsel süreçlerin ve sosyal öğrenmenin rolünü vurgulamaktadır. Anahtar kavramlar arasında kişisel faktörler, davranış ve çevre arasındaki dinamik etkileşimi tanımlayan gözlemsel öğrenme, öz yeterlilik ve karşılıklı determinizm yer alır (Bandura, 1986).

Biyolojik Teori: Bu yaklaşım kişilik özelliklerinin genetik ve fizyolojik temellerini inceler. Genetik faktörlerin, beyin yapılarının ve nörokimyasal süreçlerin kişilik gelişimi ve ifadesine önemli ölçüde katkıda bulunduğunu ileri sürmektedir (Eysenck, 1990).

2.2.1 Kişilik Özelliklerinin Belirlenmesi ve Ölçülmesi

Kişilik özelliklerinin belirlenmesi ve ölçülmesi, bireyin kişiliğini tanımlayan istikrarlı özellikleri tespit etmek için tasarlanmış çeşitli psikolojik değerlendirme araçlarını ve metodolojilerini içerir. Bu yöntemler öz bildirim anketlerini, gözlemci raporlarını ve davranışsal değerlendirmeleri içerir.

Beş Büyük Envanter (BFI): Bu, kişiliğin beş ana boyutunu (açıklık, vicdanlılık, dışa dönüklük, uyumluluk ve nevrotiklik) ölçen, yaygın olarak kullanılan bir öz bildirim anketidir. Katılımcılar kişiliklerinin farklı yönlerini tanımlayan ifadelere katılımlarını derecelendirirler (John ve Srivastava, 1999).

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI): MMPI, kişilik yapısını ve psikopatolojiyi değerlendirmek için kullanılan kapsamlı bir öz bildirim envanteridir. Çeşitli psikolojik durumları ve kişilik özelliklerini ölçen ölçekleri içerir (Butcher, Graham ve Ben-Porath, 2001).

Akran Derecelendirmeleri: Arkadaşlar, aile üyeleri veya meslektaşlar gibi gözlemciler, etkileşimlerine ve gözlemlerine dayanarak bireyin kişilik özelliklerine ilişkin derecelendirmeler sağlar. Bu yöntem öz bildirim verilerini tamamlayabilir ve kişiliğe daha geniş bir bakış açısı sağlayabilir (Funder, 1995).

Davranışsal Gözlem: Bu yöntem, kişilik özelliklerini anlamak için bir bireyin davranışını doğal veya yapılandırılmış ortamlarda gözlemlemeyi içerir. Örneğin bir araştırmacı, dışadönüklük veya uyumluluk gibi özellikleri değerlendirmek için sosyal etkileşimleri gözlemleyebilir (Furr, 2009).

Rorschach Mürekkep Lekesi Testi: Bu projektif test, bireylere belirsiz mürekkep lekeleri sunar ve onlardan gördüklerini açıklamalarını ister. Yanıtlar, altta yatan düşünceleri, duyguları ve kişilik özelliklerini ortaya çıkarmak için analiz edilir (Exner, 2003).

Tematik Algılama Testi (TAT): TAT' ta bireyler, belirsiz kişi ve sahne resimlerine ilişkin hikayeler oluşturur. Bu öykülerin içeriği, altta yatan güdüler, kaygıları ve kişilik özelliklerini ortaya çıkarmak için analiz edilir (Murray, 1943).

2.3 Kişilik Özellikleri ve Sağlık İlişkisi

Kişilik özellikleri hem fiziksel hem de psikolojik sağlığı önemli ölçüde etkiler. Kişilik ve sağlık arasındaki ilişki karmaşıktır; sağlık davranışları, stres tepkileri ve sosyal etkileşimler de dahil olmak üzere kişilik özelliklerinin sağlık sonuçlarını etkileyebileceği çeşitli mekanizmaları içerir (Ozer ve Benet-Martínez, 2006).

2.3.1 Kişilik ve Fiziksel Sağlık

Vicdanlılık ve nevrotiklik gibi kişilik özellikleri sağlıkla ilgili davranışlarla ilişkilidir. Vicdanlı bireylerin düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme ve tıbbi tavsiyelere uyma gibi sağlığı teşvik eden davranışlarda bulunma olasılıkları daha yüksektir. Tersine, yüksek düzeyde nevrotiklik sigara içme, alkol tüketimi ve fiziksel hareketsizlik gibi sağlıksız davranışlarla bağlantılıdır (Bogg ve Roberts, 2004).

Kişilik özellikleri sağlığı etkileyen fizyolojik süreçleri etkileyebilir. Örneğin, yüksek nevrotiklik, artan kortizol seviyeleri ve artan stres tepkisi ile ilişkilidir; bu da, kardiyovasküler hastalıklar ve zayıf bağışıklık fonksiyonu dahil olmak üzere çeşitli sağlık sorunlarına neden olabilir (Smith & Williams, 1992).

İyimserlik ve dayanıklılık gibi özellikler, bireylerin sağlık risklerini nasıl algıladıklarını ve yönettiklerini etkileyebilir. İyimser bireylerin proaktif sağlık davranışları sergileme ve daha iyi fiziksel sağlık sonuçlarını sürdürme olasılıkları daha yüksektir (Scheier ve Carver, 1992).

2.3.2 Kişilik ve Psikolojik Sağlık

Kişilik özellikleri psikolojik sağlıkla yakından ilişkilidir ve zihinsel sağlık bozukluklarının yaygınlığını ve seyrini etkiler. Duygusal istikrarı gösteren düşük düzeydeki nevrotiklik, daha iyi psikolojik sağlıkla ve depresyon ve anksiyete gibi duygudurum bozukluklarının görülme sıklığının azalmasıyla ilişkilidir. Nevrotikliği yüksek bireyler, olumsuz duygusal durumlara ve zihinsel sağlık sorunlarına daha yatkındır (Kotov, Gamez, Schmidt ve Watson, 2010).

Kişilik özellikleri başa çıkma mekanizmalarını etkiler. Örneğin, dışadönüklüğü ve deneyime açıklığı yüksek olan bireylerin, sosyal destek aramak ve problem çözmeye katılmak gibi psikolojik dayanıklılığı ve refahı artırabilecek uyum sağlayıcı başa çıkma stratejilerini kullanma olasılıkları daha yüksektir (Carver ve Connor-Smith, 2010)

Uyumluluk ve dışadönüklük gibi özellikler, sosyal etkileşimleri ve ilişkileri olumlu yönde etkileyerek daha iyi bir psikolojik sağlığa katkıda bulunur. Destekleyici

sosyal ağlar duygusal destek sağlar ve strese karşı tampon görevi görür, zihinsel refahı artırır (Uchino, 2006).

2.3.3 Kişilik Özelliklerinin Hastalık Yönetimine Etkisi

Vicdanlılık, tıbbi tedavilere ve sağlık rejimlerine bağlılıkla pozitif yönde ilişkilidir. Vicdanlı bireylerin reçete edilen tedavileri takip etme, tıbbi randevulara katılma ve koruyucu sağlık davranışları sergileme olasılıkları daha yüksektir (Hampson, 2012). Dışadönüklük ve deneyime açıklık gibi özellikler, kişinin sağlık koşullarını etkili bir şekilde yönetme yeteneğine olan inancı olan öz yeterliliğin daha yüksek düzeyleriyle bağlantılıdır. Daha yüksek öz yeterlilik, proaktif hastalık yönetimini ve daha iyi sağlık sonuçlarını teşvik eder (Luszczynska, Scholz ve Schwarzer, 2005). Nevrotiklik, daha yüksek stres seviyeleri ve daha az etkili başa çıkma stratejileriyle olan ilişkisi nedeniyle hastalık yönetimini olumsuz yönde etkileyebilir. Nevrotikliği yüksek bireyler, kronik durumların yönetilmesinde ve tedavi planlarına bağlı kalmada daha fazla zorluk yaşayabilirler (Smith ve O'Keeffe, 2012).

2.4 Hastalığa Uyum ve Başa Çıkma Stratejileri

Hastalığa uyum ve başa çıkma stratejileri, kronik hastalıkların yönetiminin önemli yönleridir. Bu kavramlar, bireylerin sağlık koşullarının yarattığı zorluklara rağmen yaşam kalitesini ve iyilik halini sürdürmelerine yardımcı olan psikolojik ve davranışsal süreçleri içerir.

2.4.1 Hastalığa Uyumun Tanımı ve Önemi

Hastalığa uyum, bireylerin kronik bir hastalığa yanıt olarak yaptıkları psikolojik ve davranışsal düzenlemeleri ifade eder. Bu süreç, durumun gerçekliğini kabul etmeyi, bunu kişinin hayatına entegre etmeyi ve normallik ve iyilik duygusunu sürdürmenin yollarını bulmayı içerir. Etkili uyum, daha iyi sağlık sonuçlarına ve yaşam kalitesinin artmasına yol açabilir (Livneh ve Antonak, 2005).

Hastalığa uyum çeşitli nedenlerden dolayı hayati öneme sahiptir. Başarılı bir uyum, kaygıyı, depresyonu ve kronik hastalıklarla ilişkili diğer olumsuz duyguları azaltabilir. Bireylerin olumlu bir bakış açısına ve duygusal istikrara sahip olmalarına yardımcı olur (Leventhal, Halm, Horowitz, Leventhal ve Ozakinci, 2004). Daha iyi

adaptasyon, semptomların daha iyi yönetilmesi ve hastaneye yatışların azalması gibi fiziksel sağlık sonuçlarının iyileşmesiyle bağlantılıdır. İyi uyum sağlayan bireylerin tedavi rejimlerine uyma ve sağlığı geliştirici davranışlarda bulunma olasılıkları daha yüksektir (Stanton, Revenson ve Tennen, 2007). Etkili uyum, bireylerin anlamlı faaliyetlere katılmaya devam etmelerine ve sosyal ilişkileri sürdürmelerine olanak tanıyarak genel yaşam kalitesini artırır (Moos ve Schaefer, 1984).

2.4.2 Başa Çıkma Stratejileri ve Mekanizmaları

Baş çıkma stratejileri, bireylerin kronik hastalıklarla ilişkili stres ve zorlukları yönetmek için kullandıkları spesifik yöntemlerdir. Bu stratejiler genel olarak problem odaklı ve duygu odaklı baş çıkma olarak kategorize edilebilir. Örneğin sorun odaklı baş çıkma, stresin kaynağını ele almak için doğrudan harekete geçmeyi içerir. Örneğin hastalık hakkında bilgi aramak, tedavi planlarına uymak ve semptomları yönetmek için yaşam tarzı değişiklikleri yapmak problem odaklı baş çıkma örnekleridir (Lazarus ve Folkman, 1984). Duygu odaklı baş çıkma, stresli durumu değiştirmek yerine, hastalıkla ilişkili duygusal sıkıntıyı yönetmeyi amaçlamaktadır. Teknikler arasında sosyal destek aramak, rahatlama egzersizlerine katılmak ve duruma daha olumlu bakmak için bilişsel yeniden çerçevelemeyi kullanmak yer alır (Folkman ve Moskowitz, 2004).

Baş çıkma mekanizmaları, baş çıkma stratejilerini kolaylaştıran temel süreçlerdir. Bilişsel değerlendirme, hastalığı ve etkisini yorumlama ve anlamlandırma sürecidir. Bir bireyin hastalığı nasıl değerlendirdiği, baş çıkma tepkilerini ve genel uyumunu önemli ölçüde etkileyebilir (Lazarus, 1991). Davranışsal Eylemler: Tıbbi tavsiyelere uymak, fiziksel aktivitede bulunmak ve diyeti değiştirmek gibi hastalığı yönetmek için yapılan eylemlerdir. Bu eylemler sağlığı korumak ve komplikasyonları önlemek için çok önemlidir (Taylor ve Stanton, 2007). Sosyal destek kullanımı, bireylerin aileden, arkadaşlardan ve sağlık hizmeti sağlayıcılarından ne ölçüde destek aradığı ve aldığı ile ilgilidir. Sosyal destek, daha iyi baş çıkma ve uyum sağlamaya yardımcı olarak pratik yardım, duygusal rahatlık ve bilgi sağlayabilir (Uchino, 2009).

2.4.3 Sosyal Destek ve Hastalığa Uyum

Sosyal destek; aile, arkadaşlar ve sağlık hizmeti sağlayıcılarını içeren sosyal ağlardan alınan duygusal, bilgilendirici ve pratik yardımı ifade eder. Sosyal destek, kronik hastalıklarla baş eden bireyler için kritik bir kaynaktır. Empati, sevgi ve ilgi sağlamak, bireylerin kendilerini değerli ve anlaşılmış hissetmelerine yardımcı olur, bu da izolasyon ve duygusal sıkıntı duygularını azaltabilir (Cohen ve Wills, 1985). Tavsiye, bilgi ve geri bildirim sunmak, bireylerin sağlıkları ve tedavi seçenekleri hakkında bilinçli kararlar almasına yardımcı olabilir. Bu tür destek öz yeterliliği ve problem çözme yeteneklerini geliştirir (Thoits, 2011). Günlük görevlerde yardım ve mali destek gibi pratik yardım, kronik hastalığın yönetiminin yükünü hafifletebilir ve yaşam kalitesini artırabilir (House, Landis ve Umberson, 1988).

Güçlü sosyal destek ağları; daha düşük ölüm oranları, gelişmiş psikolojik refah ve daha iyi hastalık yönetimi dahil olmak üzere daha iyi sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir. Sosyal destek, stresin olumsuz etkilerini tamponlayabilir ve dayanıklılığı destekleyerek kronik hastalıklara daha etkili uyum sağlamaya katkıda bulunabilir (Uchino, 2006).

2.5 Kişilik Özellikleri ve Hastalığa Uyum Arasındaki İlişki

Kalıcı düşünce, duygu ve davranış kalıpları olarak tanımlanan kişilik özellikleri, bireylerin hastalık ve hastalıklara karşı tepkilerinin şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Çalışmalar, kişilik özelliklerinin sağlık sonuçları üzerindeki etkisini incelemiş ve belirli özellikler ile bireylerin hastalıklarla baş etme yeteneği arasındaki tutarlı ilişkileri ortaya çıkarmıştır. Örneğin, olumlu sonuçlar beklemeye ve umutlu bir bakış açısını sürdürmeye yönelik genel bir eğilim ile karakterize edilen iyimserlik, sürekli olarak hastalığa daha iyi uyum sağlama ile ilişkilendirilmiştir (Carver ve ark., 2010). İyimser bireyler, hastalığın yarattığı zorluklara uyum sağlamayı kolaylaştıran, sosyal destek arama ve problem çözme gibi proaktif başa çıkma stratejilerine başvurma eğilimindedir.

Tersine kaygı, depresyon ve duygusal istikrarsızlığa yönelik eğilimlerle karakterize edilen nevrotiklik gibi özellikler, hastalığa daha zayıf uyumla ilişkilendirilmiştir (Smith ve MacKenzie, 2006). Yüksek düzeyde nevrotikliğe sıklıkla,

stresi artırabilen ve hastalıktan iyileşmeyi engelleyebilen, uzun uzun düşünme ve kaçınma gibi uyumsuz başa çıkma davranışları eşlik eder. Ayrıca vicdanlılık, dışa dönüklük ve deneyime açıklık gibi diğer kişilik özellikleri de bireylerin hastalıklarla baş etme yeteneğinde rol oynamaktadır. Organizasyon, öz disiplin ve sorumluluk gibi özellikler sergileyen vicdanlı bireylerin tıbbi önerilere uyma ve sağlığı geliştirici davranışlarda bulunma olasılıkları daha yüksektir ve bu da hastalıklara daha iyi uyum sağlamalarına katkıda bulunur (Bogg ve Roberts, 2004).

2.5.1 Pozitif ve Negatif Kişilik Özelliklerinin Uyuma Etkisi

İyimserlik, dayanıklılık ve vicdanlılık gibi olumlu kişilik özellikleri, hastalığa uyumun kolaylaştırılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Olumlu sonuçlar beklemeye ve olumlu bir bakış açısı sürdürmeye yönelik genel bir eğilim ile karakterize edilen iyimserlik, sürekli olarak hastalığa daha iyi uyum sağlama ile ilişkilendirilmiştir (Carver ve ark., 2010). İyimser bireyler, hastalıklar da dahil olmak üzere stresli durumları, aşılmaz engeller yerine yönetilebilir zorluklar olarak algırlar ve bu da onları sosyal destek arama ve problem çözme gibi uyumlu başa çıkma stratejileri kullanmaya yönlendirir.

Bir başka olumlu özellik olan dayanıklılık, sıkıntılardan sonra toparlanma ve hastalıklar da dahil olmak üzere stres etkenleri karşısında psikolojik sağlığı koruma becerisini ifade eder. Dirençli bireyler esneklik ve uyarlanabilir başa çıkma mekanizmaları sergileyerek hastalığın neden olduğu zorluklarla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına olanak tanır (Southwick ve diğerleri, 2014).

Organizasyon, öz disiplin ve sorumluluk gibi özelliklerle karakterize edilen vicdanlılık aynı zamanda hastalığa daha iyi uyum sağlamaya da katkıda bulunur. Vicdanlı bireylerin tıbbi tedavilere uyma, sağlığı teşvik edici davranışlarda bulunma ve önerilen yaşam tarzı değişikliklerini takip etme olasılıkları daha yüksektir ve bu da sağlık sonuçlarının iyileşmesine katkıda bulunur (Bogg ve Roberts, 2004).

Nevrotiklik, karamsarlık ve düşmanlık gibi olumsuz kişilik özellikleri hastalığa uyumu engelleyebilir ve bireylerin refahı üzerindeki etkisini şiddetlendirebilir. Anksiyete, depresyon ve duygusal istikrarsızlığa yönelik eğilimlerle işaretlenen nevrotiklik, hastalığa daha zayıf uyumla ilişkilendirilmiştir (Smith ve MacKenzie,

2006). Nevrotik bireyler, semptomları şiddetlendirebilen ve iyileşmeyi engelleyebilen, derin düşüncelere dalma ve kaçınma gibi artan sıkıntı ve uyumsuz başa çıkma stratejileri deneyimleyebilir.

Olumsuz sonuçlar bekleme ve potansiyel tehditler üzerinde durma eğilimiyle karakterize edilen karamsarlık, hastalığa uyumu da zayıflatabilir. Kötümser bireyler, hastalıklarını kontrol edilemez ve bunaltıcı olarak algılayabilirler, bu da umutsuzluk duygularına ve uyumlu başa çıkma davranışlarına girişme motivasyonlarının azalmasına yol açabilir (Scheier ve Carver, 1985).

Öfke, alaycılık ve başkalarına karşı güvensizlik duygularıyla tanımlanan düşmanlık, daha kötü sağlık sonuçlarıyla ve hastalık bağlamında uyumsuz başa çıkma stratejileriyle ilişkilendirilmiştir (Chida ve Steptoe, 2009). Düşman bireyler sosyal desteğe direnç gösterebilir ve stresi artıracak ve hastalığın ilerlemesine katkıda bulunacak davranışlarda bulunabilirler.

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli

Bu araştırma kronik hastalığı olan hastaların hastalıklarına uyumunu ve kronik hastalık sahibi hastaların kişilik özelliklerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma, 01.09.2023 - 01.04.2024 tarihleri arasında İstanbul'da bir Kamu Hastanesi acil servisinde ve dahiliye servisinde yatan hasta katında, dahiliye polikliniklerinde-yapıldı.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın tanımlayıcı çalışmasının örneklemine araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmanın evrenini araştırmanın yapıldığı tarihlerde İstanbul 'da bir kamu Hastanesi acil dahiliye servise ve dahiliye polikliniğine başvuran ayaktan tedavi gören en az 1 kronik tanıli hastalığı olan bireyler ve aynı hastanede dahiliye servisinde mevcut yatışları bulunan kronik tanıli toplam 235 hasta bireyler oluşturdu.

Örneklem sayısı şu şekilde hesaplanmıştır:

Çalışmada yeterli örnek hacminin belirlenmesi aşamasında GPOWER 3.1 paket programı kullanıldı.Buna göre 1.tip hata payı (α) = 0.001, testin gücü ($1-\beta$) = 0.99 alındı. Hesaplamalar neticesinde testin gücü ($1-\beta$) = 0.99'u sağlayacak minimum örnek hacmi toplamda en az 199 kişi olarak hesaplandı.

3.4 Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- ✓ Kronik bir hastalık tanı almış olması, son 6 ay veya daha uzun süredir belirlenen kronik hastalıklardan (HT, DM,KKY vb) gibi en az birine sahip olmak
- ✓ 18 yaş ve üzerinde olmak
- ✓ Herhangi bir psikolojik bir tanısı olmamak

3.5 Araştırma için Dışlanma Kriterleri

- ✓ Türkçe konuşamama
- ✓ 18 yaş altı olma
- ✓ Gönüllü olmama
- ✓ Herhangi bir psikolojik bir tanısı olmak

3.6 Araştırma Sonlandırma Ölçütler

Katılımcının anket formaları uygulanırken herhangi bir zamanda araştırmadan ayrılmak istemesidir. Araştırma süresince 237 hastaya ulaşılmıştır. 2 hasta sorulan sorulardan hoşlanmadığını, soruların uzun sürdüğünü söyleyerek araştırmaya devam etmek istemediler. Değerlendirme toplam 235 hasta üzerinden yapılmıştır.

3.7 Araştırmanın Soruları

1. Kronik hastalıklara sahip bireylerin kişilik özellikleri nasıldır ?
2. Kronik hastalığa sahip bireylerin kişilik özellikleri hastalığa uyumu düzeyini etkiler mi?
3. Kronik hastalıklara sahip bireylerin sosyodemografik özellikleri (Yaş, cinsiyet, hastalık sayıları, vb.) hastalığa uyumunu etkiler mi ?

3.8 Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan, araştırmaya katılan bireylere özgü sosyodemografik özellikler ile kronik hastalığa yönelik Kişisel Bilgi Formu (Ek-I) Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) (Ek-II) ve On Maddeli Kişilik Ölçeği (OMKÖ) (Ek-III) kullanılarak toplandı.

3.9 Kişisel Bilgi Formu

Hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikleri ve kronik hastalık tanısı, süresi, tanı yaşı, ilaç kullanımı, düzenli kontrole gitme durumu, beslenme alışkanlıkları gibi hastalığa ait özelliklerini belirleyen açık ve kapalı uçlu olmak üzere 20 sorudan oluşmaktadır.

3.10 Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ)

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ); Atik ve Karatepe (2016) tarafından geliştirilmiş olup kronik hastalıklarda hastaların, hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Üç alt boyutlu ve 25 maddeli olan ölçekte; fiziksel uyumu; 1., 9., 10., 13., 14., 15., 16., 18., 22., 23., 24. maddeler (maksimum 55, minimum 11 puan), sosyal uyumu; 2., 3., 5., 7., 17., 19., 25. maddeler (maksimum 35, minimum 7 puan), psikolojik uyumu; 4., 6., 8., 11., 12., 20., 21. maddeler (maksimum 35, minimum 7 puan) ölçmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 125'tir. Alt boyutlardan ve/veya ölçeğin tamamından alınan puanların artması, hastaların hastalığa uyum düzeylerinin de artması anlamına gelmektedir. Atik ve Karatepe'nin çalışmasında, ölçeğin geneline ait Cronbach alfa değeri 0.88 olarak belirtilmiştir (Atik ve Karatepe, 2016). Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0.79 olarak bulundu.

3.11 On Maddeli Kişilik Ölçeği (OMKÖ)

Gosling ve ark. (2003) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Atak (2013) tarafından gerçekleştirilmiştir (1,13). Ölçekte, "Deneyime Açıklık", "Yumuşak Başlılık", "Sorumluluk", "Duygusal Dengelilik" ve "Dışadönüklük" boyutlarının her birinin iki ifade ile ölçüldüğü toplam 10 madde yer almaktadır. Ölçek 7'li likert (1: "tamamen katılmıyorum", 7: "tamamen katılıyorum) tipindedir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasında "Deneyime Açıklık" için 0.83, "Yumuşak Başlılık" için 0.81, "Duygusal Dengelilik" için 0.83, "Sorumluluk" için 0.84, "Dışa Dönüklük" için 0.86 olarak bulundu.

Bu çalışmada ise "Deneyime Açıklık" için 0.35, "Yumuşak Başlılık" için 0.30, "Duygusal Dengelilik" için 0.13, "Sorumluluk" için 0.29, "Dışa Dönüklük" için 0.66 olarak bulundu.

3.12 Verilerin Toplanması

Hastalarla acil alan ve poliklinik içerisinde yer alan bekleme salonunda görüşülmüş ve veriler yüz yüze görüşme tekniğiyle yüz yüze görüşülemeyen bireylerle Google form anket formuyla çevrimiçi form yoluyla toplanmıştır. Anketi cevaplama süresi ortalama 10 dakika sürmektedir.

3.13 Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 20) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanıldı.

Tanımlayıcı istatistiklerin (sayı, yüzde, “ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maximum) yanında Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Verilerin normallik dağılımlarının belirlenmesinde Shapiro Wilk testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0.05$ 'tir.

3.14 Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yürütülmesi için gerekli olan Etik Kurul izni İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulundan ve Kurum İzni İstanbul da bir kamu hastanesi Başhekimliğinden alınmıştır. Araştırmaya katılmak isteyen bireylerden yazılı bilgilendirilmiş onam alındı. Okuryazar olmayan ya da imza atmak istemeyen katılımcılardan sözlü onam alındı.

4 BULGULAR

4.1 Demografik Bilgiler

Tablo 4.1 Demografik Bilgiler

N=235	n	%		n	%
Yaş			Kronik hastalık için sürekli kullanılan ilaçlar		
18-24 Yaş	32	13.6	Analjezikler	22	9.4
25-34 Yaş	72	30.6	Antidiyabetikler	47	20
35-44 Yaş	20	8.5	Antiemetikler	11	4.7
45-54 Yaş	18	7.7	Antihipertansif	53	22.6
55-65 Yaş	39	16.6	Kemoterapötik ajanlar	9	3.8
65 Yaş ve üzeri	54	23	Antikoagülan	12	5.1
Cinsiyet			Kortikosteroid	20	8,5
Erkek	100	42.6	Diüretik	6	2.6
Kadın	135	57.4	Vazodilatör	14	6
Medeni durum					
Evli	135	57.4			
Bekar	100	42.6			
Halen para kazandıran bir işte çalışma durumu			İlaçlarını düzenli kullanma durumu		
Evet	109	46.4	Evet	185	78.7
Hayır	126	53.6	Hayır	50	21.3
Birlikte yaşanan kişi			Sigara kullanma durumu		
Yalnız	44	18.7	Evet	91	38.7
Aile ile birlikte	191	81.3	Hayır	144	61.3
Eğitim durumu			Alkol kullanma durumu		
Okur-yazar değil	10	4.3	Evet	83	35.3
Okur-yazar	11	4.7	Hayır	152	64.7
İlkokul	22	9.4	Kronik hastalığı ya da komplikasyonları nedeniyle son bir yılda hastaneye yatma sayısı		
Ortaokul	21	8.9	Ayda bir kez	20	8.5
Lise	29	12.3	3 ayda bir kez	23	9.8
Üniversite	110	46.8	6 ayda bir kez	43	18.3
Yüksek lisans/Doktora	32	13.6	Yılda bir kez	149	63.4

Tablo 4.1 devam

Şu anda hastaneye başvuru kronik hastalık tanısı			Yatış veya hastaneye başvuru nedeni		
Diyabet	46	19.6	Hastalık	98	41.7
Hipertansiyon	52	22.1	İlaç tedavisi	137	58.3
KOAH	8	3.4	Düzenli hekim kontrolüne gidebilme durumu		
Kanser	8	3.4	Evet	157	66.8
Kalp hastalıkları	17	7.2	Hayır	78	33.2
Astım/Bronşit	46	19.6	Günlük ihtiyaçlarını tek başına karşılayabilme durumu		
Alzheimer/Demens/Parkinson	3	1.3	Evet	193	82.1
Artrit	12	5.1	Hayır	10	4.3
Mental hastalıklar	14	6	Kısmen	32	13.6
Gastrointestinal hastalıkları	29	12.3	Kendisine göre sağlık durumu		
Hastalık tanısını alınan zaman			İyi	118	50.2
Son 1 yıl	92	39.1	Orta	101	43
1-5 Yıldır	75	31.9	Kötü	16	6.8
5 Yıl ve üzeri	68	28.9	İlaç tedavisine uyma durumu		
Hastalığa eşlik eden başka bir kronik hastalık/hastalıkların durumu			Evet	190	80.9
Evet	73	31,1	Hayır	45	19.1
Hayır	162	68,9	Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği		
On-Maddeli Kişilik Ölçeği-(OMKÖ)	Mean ± SD (min-max)		Mean ± SD (min-max)		
Deneyime Açıklık	7.75 ± 2.67 (2-14)		Genel Uyum 82.47 ± 11.95 (48-123)		
Yumuşak Başlılık	9.59 ± 2.71 (2-14)		Fiziksel Uyum 37.37 ± 6.49 (19-53)		
Duygusal Dengelilik	8.43 ± 2.53 (2-14)		Sosyal Uyum 22.46 ± 4.60 (7-35)		
Sorumluluk	9.82 ± 3.01 (2-14)		Psikolojik Uyum 22.65 ± 3.77 (10-35)		
Dışadönüklük	9.42 ± 3.13 (2-14)				

Kronik hastalığı olan 235 kişinin yaş dağılımında en küçük grup %8.5 ile 35-44 yaş aralığında, en büyük grup ise %23.0 ile 65 yaş ve üzerindedir. Cinsiyet dağılımında erkeklerin oranı %42.6, kadınların oranı ise %57.4'tür. Medeni durum açısından evli bireylerin oranı %57.4, bekâr bireylerin oranı ise %42.6'dır. Eğitim durumunda en düşük oran %4.7 ile okuryazar olmayanlar, en yüksek oran ise %46.8 ile üniversite mezunlarıdır. Kronik hastalıkların dağılımında en düşük oran %1.3 ile

Alzheimer, demans veya Parkinson gibi hastalıklara aitken, en yüksek oran %22.1 ile hipertansiyona aittir. Kronik hastalığın süresi açısından, hastalığı son 1 yıldır olanların oranı %39.1, 5 yıl ve üzeri hastalığı olanların oranı ise %28.9'dur. İlaç kullanımı arasında en düşük oran %2.6 ile diüretik kullanımına sahipken, en yüksek oran %22.6 ile antihipertansif ilaç kullanımındadır. Sigara ve alkol kullanımı arasında, sigara içenlerin oranı %38.7, alkol kullananların oranı ise %35.3'tür. Hastaneye yatma sıklığında en düşük oran %8.5 ile ayda bir kez yatış yaparken, en yüksek oran %63.4 ile yılda bir kez hastaneye yatırır. Kronik hastalığı olan kişilerin %66.8'i düzenli hekim kontrolüne gitmekte, %82.1'i günlük ihtiyaçlarını tek başına karşılayabilmektedir. Sağlık durumunu iyi olarak nitelendirenlerin oranı %50.2, kötü olarak değerlendirenlerin oranı ise %6.8'dir. İlaç tedavisine uyum oranı ise %80.9'dur (Tablo 4.1).

4.2 Kategorik Değişkenlere Göre Kronik Hastalıklara Uyum Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.2 Kategorik Değişkenlere Göre Kronik Hastalıklara Uyum Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği							
		Genel Uyum		Fiziksel Uyum		Sosyal Uyum		Psikolojik Uyum	
N=235	N	Mean ± SD	P (Far k)	Mean ± SD	P (Far k)	Mean ± SD	P (Far k)	Mean ± SD	P (Far k)
Yaş									
a. 18-24 Yaş	32	83.22 ± 13.39		36.03 ± 7.48		23.66 ± 5.42		23.53 ± 4.19	
b. 25-34 Yaş	72	84.47 ± 11.77		37.75 ± 6.42		23.36 ± 4.36		23.36 ± 3.59	
c. 35-44 Yaş	20	82.00 ± 8.51	.018 *	37.30 ± 5.73	..248	22.35 ± 2.93	.,005 *	22.35 ± 2.82	.003 *
d. 45-54 Yaş	18	87.44 ± 12.26	(b, d>f)	40.22 ± 6.53		23.00 ± 4.00	(b>f)	24.22 ± 4.33	(b>f)
e. 55-65 Yaş	39	82.54 ± 9.37		37.87 ± 5.72		22.49 ± 4.03		22.18 ± 3.48	
f. 65 Yaş ve üzeri	54	77.81 ± 12.90		36.35 ± 6.61		20.37 ± 4.96		21.09 ± 3.59	
Cinsiyet									
a. Erkek	10	80.70 ± 10.38		36.50 ± 5.84		21.93 ± 4.40		22.27 ± 3.29	
b. Kadın	13	83.78 ± 12.87	.051	38.01 ± 6.88	.078	22.84 ± 4.73	.132	22.93 ± 4.07	.187
Medeni durum									
a. Evli	13	81.67 ± 11.91		37.39 ± 6.53		22.11 ± 4.64		22.17 ± 3.70	.024 *
b. Bekar	10	83.55 ± 11.97	.233	37.34 ± 6.46	.958	22.92 ± 4.53	.183	23.29 ± 3.78	(b>a)

Tablo 4.2 devam

Halen para kazandıran bir işte çalışma durumu									
a. Evet	10	84.33 ±	.026	38.01 ±		23.04 ±		23.28 ±	.015
	9	10.58	*	6.02	.158	4.29	.072	3.30	*
b. Hayır	12	80.86 ±	(a>b	36.81 ±		21.95 ±		22.10 ±	(a>b
	6	12.84	)	6.84		4.82		4.06	)
Birlikte yaşanan kişi									
a. Yalnız	44	82.86 ±		36.43 ±		23.09 ±		23.34 ±	
		13.52		6.77	.290	4.90	.310	4.13	.176
b. Aile ile birlikte	19	82.38 ±	.808	37.58 ±		22.31 ±		22.49 ±	
	1	11.59		6.42		4.53		3.67	
Hastalık tanısını alınan zaman									
a. Son 1 yıl	92	83.61 ±		38.37 ±		22.28 ±		22.96 ±	
		9.86		5.66		4.28		3.03	
b. 1-5 Yıldır	75	80.79 ±	.307	36.11 ±	.080	22.44 ±	.848	22.24 ±	.474
		12.68		6.64		4.48		4.35	
c. 5 Yıl ve üzeri	68	82.78 ±		37.40 ±		22.71 ±		22.68 ±	
		13.56		7.18		5.18		3.99	
Hastalığa eşlik eden başka bir kronik hastalık/hastalıkların durumu									
a. Evet	73	78.05 ±	.000	35.96 ±	.025	21.10 ±	.002	21.00 ±	.000
		11.38	*	6.80	*	4.66	*	3.50	*
b. Hayır	16	84.46 ±	(b>a	38.00 ±	(b>a	23.07 ±	(b>a	23.39 ±	(b>a
	2	11.69	)	6.26	)	4.45	)	3.66	)
İlaçlarını düzenli kullanma durumu									
a. Evet	18	83.95 ±	.000	38.44 ±	.000	22.61 ±		22.90 ±	.049
	5	11.78	*	6.24	*	4.76	.320	3.80	*
b. Hayır	50	76.98 ±	(a>b	33.38 ±	(a>b	21.88 ±		21.72 ±	(a>b
		11.02	)	5.83	)	3.95		3.53	)
Düzenli hekim kontrolüne gidebilme durumu									
a. Evet	15	84.34 ±	.001	39.01 ±	.000	22.56 ±		22.76 ±	
	7	12.49	*	6.16	*	4.90	.620	3.97	.499
b. Hayır	78	78.71 ±	(a>b	34.05 ±	(a>b	22.24 ±		22.41 ±	
		9.82	)	5.87	)	3.96		3.32	
İlaç tedavisine uyma durumu									
a. Evet	19	84.65 ±	.000	38.64 ±	.000	22.98 ±	.000	23.04 ±	.001
	0	11.24	*	5.98	*	4.58	*	3.77	*
b. Hayır	45	73.24 ±	(a>b	32.00 ±	(a>b	20.24 ±	(a>b	21.00 ±	(a>b
		10.44	)	5.80	)	4.05	)	3.32	)
Sigara kullanma durumu									
a. Evet	91	81.65 ±		37.13 ±		21.93 ±		22.58 ±	
		9.73		6.44	.661	4.20	.168	2.99	.835
b. Hayır	14	82.99 ±	.404	37.51 ±		22.78 ±		22.69 ±	
	4	13.16		6.54		4.82		4.19	
Alkol kullanma durumu									
a. Evet	83	81.83 ±		36.92 ±		22.35 ±		22.57 ±	
		9.53		6.23	.433	4.05	.795	2.89	.809
b. Hayır	15	82.82 ±	.547	37.61 ±		22.51 ±		22.69 ±	
	2	13.10		6.63		4.89		4.18	

Kişilik ölçek puanlarına göre deneyime açıklık ortalaması 7.75, yumuşak başlılık ortalaması 9.59, duygusal dengelilik ortalaması 8.43, sorumluluk ortalaması 9.82 ve dışadönüklük ortalaması 9.42 olup, çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 arasında olması normal dağılım gösterdiğini göstermektedir. Kronik hastalıklara uyum ölçek puanları ise genel uyum ortalaması 82.47, fiziksel uyum ortalaması 37.37, sosyal

uyum ortalaması 22.46 ve psikolojik uyum ortalaması 22.65 olarak bulundu, bu puanların çarpıklık ve basıklık değerleri ± 2 arasında olduğundan normal dağılım gösterdiği tespit edildi. Yaş gruplarına göre fiziksel uyum puanlarında anlamlı bir farklılık gözlenmezken, cinsiyetler arasında genel uyum, fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyum puanları açısından anlamlı bir farklılık bulundu. Evli ve bekâr kişiler arasında genel, fiziksel ve sosyal uyum puanlarında anlamlı bir fark gözlenmezken ($p > 0,05$), psikolojik uyum puanları arasında anlamlı bir farklılık bulundu. İlaçlarını düzenli kullanan ve kullanmayan kişilerin sosyal uyum puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, düzenli hekim kontrolüne giden ve gitmeyen kişilerin sosyal uyum ve psikolojik uyum puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadı; ancak düzenli hekim kontrolüne giden kişilerin genel uyum ve fiziksel uyum puanları daha yüksek bulundu. Sigara kullanan ve kullanmayan kişilerin genel uyum, fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyum puanları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p > 0,05$), aynı şekilde alkol kullanan ve kullanmayan kişilerin uyum puanları arasında da anlamlı bir farklılık bulunmadı. ($p > .05$). (Tablo 4.2).

4.3 Kategorik Değişkenlere göre Kişilik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.3 Kategorik Değişkenlere göre Kişilik Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

N=235	N	On-Maddeli Kişilik Ölçeği-(OMKÖ)							
		Deneyime Açıklık		Yumuşak Başlılık		Duygusal Dengelilik		Sorumluluk	
		Mean $\pm$ SD	P (Far k)	Mean $\pm$ SD	P (Far k)	Mean $\pm$ SD	P (Far k)	Mean $\pm$ SD	P (Far k)
Yaş									
a. 18-24	3	8.44 $\pm$		8.72 $\pm$		7.47 $\pm$		9.31 $\pm$	9.56 $\pm$
Yaş	2	3.32		2.10		2.86		3.13	3.03
b. 25-34	7	8.36 $\pm$		10.15 $\pm$		8.65 $\pm$		10.68 $\pm$	9.92 $\pm$
Yaş	2	2.16		2.59		2.47		2.84	3.13
c. 35-44	2	7.15 $\pm$	.016 *	9.05 $\pm$	.012 *	8.45 $\pm$		9.25 $\pm$	.010 8.95 $\pm$
Yaş	0	2.01		3.14		2.31		3.19	3.46 *
d. 45-54	1	6.44 $\pm$	(a, b>d)	10.56 $\pm$	(b>f)	8.56 $\pm$	.365	9.89 $\pm$	(b>f) 9.78 $\pm$
Yaş	8	2.90		2.20		2.53		2.47	3.26 (e>f)
e. 55-65	3	7.08 $\pm$		10.08 $\pm$		8.54 $\pm$		10.31 $\pm$	10.21 $\pm$
Yaş	9	2.86		2.41		2.36		2.59	2.54
f. 65 Yaş ve üzeri	5	7.69 $\pm$		8.89 $\pm$		8.57 $\pm$		8.80 $\pm$	8.15 $\pm$
	4	2.62		3.10		2.60		3.25	3.14

Tablo 4.3 devam

Cinsiyet												
a. Erkek	100	7.19 ± 2.54	.005 *	9.57 ± 2.75	.917	8.75 ± 2.35	.09	9.44 ± 2.87	.098	9.21 ± 3.13	.384	
b. Kadın	135	8.17 ± 2.70	(b>a)	9.61 ± 2.69		8.19 ± 2.64	5	10.10 ± 3.09		9.57 ± 3.13		
Medeni durum												
a. Evli	135	7.39 ± 2.70	.014 *	9.61 ± 2.81	.878	8.58 ± 2.51	.29	9.70 ± 2.94	.476	9.18 ± 3.03	.174	
b. Bekar	100	8.25 ± 2.55	(b>a)	9.56 ± 2.58		8.23 ± 2.57	9	9.98 ± 3.11		9.74 ± 3.24		
Halen para kazandıran bir işte çalışma durumu												
a. Evet	109	7.88 ± 2.40	.497	9.79 ± 2.66	.300	8.62 ± 2.45	.27	10.33 ± 2.79	.015 *	9.67 ± 2.98	.250	
b. Hayır	126	7.64 ± 2.89		9.42 ± 2.75		8.26 ± 2.60	6	9.37 ± 3.13		(a>b)		9.20 ± 3.25
Birlikte yaşanılan kişi												
a. Yalnız	44	8.11 ± 2.51	.321	8.77 ± 2.62	.026 *	8.09 ± 2.28	.32	9.59 ± 3.22	.581	9.32 ± 3.28	.817	
b. Aile ile birlikte	191	7.67 ± 2.70		9.78 ± 2.70		(b>a)	8.51 ± 2.59	6		9.87 ± 2.97		9.44 ± 3.10
Hastalık tanısını alınan zaman												
a. Son 1 yıl	92	7.27 ± 2.51	.084	9.51 ± 2.44	.809	8.72 ± 2.43		9.18 ± 2.87	.000 *	9.57 ± 3.19	.343	
b. 1-5 Yıldır	75	8.04 ± 2.70		9.76 ± 2.74		8.15 ± 2.38	.33 7	9.51 ± 3.18		(a, b<c)		8.99 ± 3.37
c. 5 Yıl ve üzeri	68	8.09 ± 2.78		9.51 ± 3.04		8.35 ± 2.82		11.01 ± 2.68				9.69 ± 2.73
Hastalığa eşlik eden başka bir kronik hastalık/hastalıkların durumu												
a. Evet	73	7.40 ± 2.47	.170	9.30 ± 2.78	.271	8.29 ± 2.36	.56	9.26 ± 3.01	.057	8.81 ± 3.21	.045 * (b>a)	
b. Hayır	162	7.91 ± 2.75		9.72 ± 2.68		8.49 ± 2.61	5	10.07 ± 2.99		9.69 ± 3.06		
İlaçlarını düzenli kullanma durumu												
a. Evet	185	7.68 ± 2.68	.427	9.59 ± 2.68	.980	8.42 ± 2.44	.92	9.76 ± 3.08	.556	9.54 ± 3.12	.266	
b. Hayır	50	8.02 ± 2.62		9.60 ± 2.83		8.46 ± 2.89	5	10.04 ± 2.77		8.98 ± 3.15		
Düzenli hekim kontrolüne gidebilme durumu												
a. Evet	157	7.69 ± 2.68	.596	9.57 ± 2.66	.884	8.43 ± 2.45	.97	9.73 ± 3.08	.512	9.19 ± 3.26	.116	
b. Hayır	78	7.88 ± 2.65		9.63 ± 2.83		8.44 ± 2.71	9	10.00 ± 2.87		9.87 ± 2.81		
İlaç tedavisine uyma durumu												
a. Evet	190	7.93 ± 2.64	.035 *	9.73 ± 2.62	.103	8.33 ± 2.44	.22	10.03 ± 2.95	.024 *	9.49 ± 3.21	.467	
b. Hayır	45	7.00 ± 2.69	(a>b)	9.00 ± 3.00		8.84 ± 2.88	3	8.91 ± 3.13		(a>b)		9.11 ± 2.78
Sigara kullanma durumu												
a. Evet	91	7.08 ± 2.38	.002 *	9.33 ± 2.69	.240	8.25 ± 2.37	.39	9.37 ± 2.91	.072	9.24 ± 3.33	.496	
b. Hayır	144	8.18 ± 2.76	(b>a)	9.76 ± 2.72		8.54 ± 2.64	6	10.10 ± 3.05		9.53 ± 3.00		
Alkol kullanma durumu												
a. Evet	83	6.90 ± 2.39	.000 *	9.51 ± 2.75	.722	8.29 ± 2.59	.53	9.31 ± 3.04	.058	9.78 ± 3.21	.185	
b. Hayır	152	8.22 ± 2.70	(b>a)	9.64 ± 2.69		8.51 ± 2.51	1	10.09 ± 2.97		9.22 ± 3.07		

Kronik hastalığı bulunan bireylerde yaş gruplarına göre duygusal dengeliklik puanlarında anlamlı bir farklılık gözlemlenmedi ($p > 0,05$), ancak deneyime açıklık,

yumuşak başlılık, sorumluluk ve dışadönüklük puanları arasında belirgin farklılıklar bulundu ($p > 0,05$), 45-54 yaş grubundaki kişilerin deneyime açıklık puanları, 18-24 yaş grubundakilerden ve 25-34 yaş grubundakilerden daha düşüktür. Ayrıca, 65 yaş ve üzerindeki bireylerin, 25-34 yaş grubundaki kişilere kıyasla yumuşak başlılık, sorumluluk ve dışadönüklük puanları, 55-65 yaş grubundakilere göre ise dışadönüklük puanları daha düşüktür. Kadın ve erkekler arasında yumuşak başlılık, duygusal dengelilik, sorumluluk ve dışadönüklük puanlarında anlamlı bir fark gözlemlenmezken ($p > 0,05$), kadınların deneyime açıklık puanları erkeklerden anlamlı şekilde daha yüksek bulundu ($p > 0,05$). Evli ve bekar bireyler arasında yumuşak başlılık, duygusal dengelilik, sorumluluk ve dışadönüklük puanlarında anlamlı bir fark bulunmazken ($p > 0,05$), bekar kişilerin deneyime açıklık puanları evli olanlardan daha yüksektir ($p > 0,05$), Para kazandıran bir işte çalışan ile çalışmayan kişiler arasında deneyime açıklık, yumuşak başlılık, duygusal dengelilik ve dışadönüklük puanlarında anlamlı bir fark gözlemlenmezken ($p > 0,05$), çalışan kişilerin sorumluluk puanları anlamlı şekilde daha yüksek bulundu ($p > 0,05$), Yalnız yaşayan ve ailesi ile yaşayan kişiler arasında deneyime açıklık, duygusal dengelilik, sorumluluk ve dışadönüklük puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p > 0,05$), yalnız yaşayan kişilerin yumuşak başlılık puanları ailesi ile yaşayanlardan daha düşüktür ($p > 0,05$), Hastalık tanısının alındığı zamana göre deneyime açıklık, yumuşak başlılık, duygusal dengelilik ve dışadönüklük puanlarında anlamlı bir fark bulunmazken ($p > 0,05$), 5 yıl ve üzeri hastalık tanısı olan kişilerin sorumluluk puanları, son 1 yıl içinde tanı alanlara ve 1-5 yıl arasında tanı alanlara göre daha yüksektir ($p > 0,05$), Ayrıca, kronik hastalığına eşlik eden başka bir hastalığı olan kişilerin dışadönüklük puanları, başka bir hastalığı olmayanlardan daha düşüktür ($p > 0,05$), İlaçlarını düzenli kullanan ve kullanmayan kişiler arasında kişilik ölççekleri açısından anlamlı bir fark bulunmadı

($p > 0,05$), düzenli hekim kontrolüne giden ve gitmeyen kişiler arasında da benzer şekilde anlamlı bir fark gözlenmedi ($p > 0,05$). Alkol kullanan ve kullanmayan bireyler arasında yumuşak başlılık, duygusal dengelilik, sorumluluk ve dışadönüklük puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p > 0,05$), alkol kullanan kişilerin deneyime açıklık puanları, kullanmayanlardan anlamlı derecede daha düşüktür ($p < .05$) (Tablo 4.3)

4.4 Regresyon Analizi

Tablo 4.4 Regresyon Analizi

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	B	t	p
Genel Uyum	Sabit Değer	55.484	15.44	.00*
	Deneyime Açıklık	.283	1.01	.32
	Yumuşak Başlılık	.825	2.92	.00*
	Duygusal Dengelilik	.070	.25	.80
	Sorumluluk	1.146	3.89	.00*
	Dışadönüklük	.535	2.18	.03*
	F=16.207, p= .00*, R= .51, R ² = .26			
Fiziksel Uyum	Sabit Değer	27.346	15.52	.00*
	Yumuşak Başlılık	.416	2.55	.01*
	Sorumluluk	.423	2.68	.01*
	Dışadönüklük	.199	1.41	.16
	F=11.775, p= .00*, R= .36, R ² = .13			
Sosyal Uyum	Sabit Değer	12.430	8.72	.00*
	Deneyime Açıklık	.167	1.49	.14
	Yumuşak Başlılık	.310	2.77	.01*
	Duygusal Dengelilik	.118	1.06	.29
	Sorumluluk	.372	3.18	.00*
	Dışadönüklük	.119	1.22	.22
	F=12.681, p= .00*, R= .47, R ² = .22			
Psikolojik Uyum	Sabit Değer	14.541	12.51	.00*
	Deneyime Açıklık	.209	2.30	.02*
	Yumuşak Başlılık	.082	.89	.37
	Duygusal Dengelilik	.084	.92	.36
	Sorumluluk	.300	3.14	.00*
	Dışadönüklük	.218	2.75	.01*
	F=13.136, p= .00*, R= .47, R ² = .22			

p: Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi, *p< 0.05: Düzeyinde Anlamlı

Deneyime açıklık, yumuşak başlılık, duygusal dengelilik, sorumluluk ve dışadönüklük puanlarının kronik hastalıklara uyum üzerindeki etkilerini değerlendiren çoklu regresyon analizlerine göre, yumuşak başlılık (B= .825, p < .05), sorumluluk (B= 1.146, p < .05) ve dışadönüklük (B= .535, p < .05) puanlarının genel uyum puanları üzerinde pozitif ve anlamlı etkileri bulundu. Ayrıca, aynı analizler fiziksel uyum puanları için yumuşak başlılık (B= .416, p < .05) ve sorumluluk (B= .423, p < .05) puanlarının da pozitif ve anlamlı etkiler sağladığını gösterdi. Sosyal uyum puanları açısından ise, yumuşak başlılık (B= .310, p < .05) ve sorumluluk (B= .372, p < .05) puanlarının pozitif ve anlamlı etkileri bulundu. Psikolojik uyum puanlarına yönelik yapılan analizlerde ise, deneyime açıklık (B= .209, p < .05), sorumluluk (B=

.300, $p < .05$) ve dışadönüklük ($B = .218$, $p < .05$) puanlarının psikolojik uyum üzerinde pozitif ve anlamlı etkileri olduğu saptandı (Tablo 4.4).

4.5 Korelasyon Analizi

Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmış ve korelasyon katsayılarının güç düzeyleri Tablo 4.2' ye göre yorumlanmıştır.

Tablo 4.5 Korelasyon Katsayıları ve Güç İlişkisi

Katsayı Düzeyi	Güç açıklaması
$\pm 0.81 - \pm 1.00$	Çok güçlü
$\pm 0.61 - \pm 0.80$	Güçlü
$\pm 0.41 - \pm 0.60$	Orta
$\pm 0.21 - \pm 0.40$	Zayıf
$\pm 0.00 - \pm 0.20$	Çok zayıf

Kaynak: Hair, Joseph. F.; Bush, Robert P.; Ortinau, David J.; Marketing Research: Within a Changing Information Environment, McGraw-Hill Irwin, 2003, s. 568.

4.6 Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği İle Kişilik Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Ve Ölçek Puanlarının Kategorik Değişkenlere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Kronik hastalıklara genel uyum puanı ile fiziksel uyum ($r = .84$, $p < .01$) puanı arasında pozitif yönde çok güçlü düzeyde; sosyal uyum ($r = .78$, $p < .01$), psikolojik uyum ($r = .77$, $p < .01$) puanları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde; sorumluluk ($r = .46$, $p < .01$) puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde; deneyime açıklık ($r = .22$, $p < .01$), yumuşak başlılık ($r = .36$, $p < .01$), dışadönüklük ($r = .32$, $p < .01$) puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde; duygusal dengelilik ($r = .16$, $p < .05$) puanı arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Kronik hastalıklara fiziksel uyum puanı ile deneyime açıklık ($r = .07$, $p > 0.05$), duygusal dengelilik ($r = .05$, $p > 0.05$) puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; sosyal uyum ($r = .41$, $p < 0.01$), psikolojik uyum ($r = .45$, $p < 0.01$) puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde; yumuşak başlılık ($r = .28$, $p < 0.01$), sorumluluk ($r = .31$, $p < 0.01$), dışadönüklük ($r = .23$, $p < .01$) puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde

anlamli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.6 Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği ile Kişilik Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi

N=235			Genel Uyum	Fiziksel Uyum	Sosyal Uyum	Psikolojik Uyum	Deneyime Açıklık	Yumuşak Başlılık	Duygusal Dengelilik	Sorumluluk	Dışadönüklük
Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği	Genel Uyum	r	1.00								
		p									
	Fiziksel Uyum	r	.84	1.00							
		p	.00*								
Sosyal Uyum		r	.78	.41	1.00						
		p	.00*	.00*							
Psikolojik Uyum		r	.77	.45	.54	1.00					
		p	.00*	.00*	.00*						
On-Maddeli Kişilik Ölçeği- (OMKÖ)	Deneyime Açıklık	r	.22	.07	.23	.27	1.00				
		p	.00*	.26	.00*	.00*					
	Yumuşak Başlılık	r	.36	.28	.34	.24	.13	1.00			
		p	.00*	.00*	.00*	.00*	.04**				
	Duygusal Dengelilik	r	.16	.05	.19	.18	.14	.24	1.00		
		p	.02**	.42	.00*	.01*	.03**	.00*			
	Sorumluluk	r	.46	.31	.41	.42	.40	.43	.22	1.00	
		p	.00*	.00*	.00*	.00*	.00*	.00*	.00*		
	Dışadönüklük	r	.32	.23	.25	.32	.07	.26	.18	.44	1.00
		p	.00*	.00*	.00*	.00*	.27	.00*	.01*	.00*	

Kronik hastalıklara sosyal uyum puanı ile psikolojik uyum ($r = .54$, $p < .01$), sorumluluk ($r = .41$, $p < 0.01$) puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde; deneyime açıklık ($r = .23$, $p < 0.01$), yumuşak başlılık ($r = .34$, $p < 0.01$), dışadönüklük ($r = .25$, $p < 0.01$) puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde; duygusal dengelilik ($r = .19$, $p < 0.01$) puanları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Kronik hastalıklara psikolojik uyum puanı ile sorumluluk ($r = .42$, $p < 0.01$) puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde; deneyime açıklık ($r = .27$, $p < 0.01$), yumuşak başlılık ($r = .24$, $p < 0.01$), dışadönüklük ($r = .32$, $p < 0.01$) puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde; duygusal dengelilik ($r = .18$, $p < 0.01$) puanı arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Kronik hastalıklara deneyime açıklık puanı ile dışadönüklük ($r = .07, p > 0.05$) puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; sorumluluk ($r = .40, p < 0.01$) puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde; yumuşak başlılık ($r = .13, p < 0.05$), duygusal dengelilik ($r = .14, p < 0.05$) puanları arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Kronik hastalıklara yumuşak başlılık puanı ile sorumluluk ($r = .43, p < 0.01$) puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde; duygusal dengelilik ($r = .24, p < 0.01$), dışadönüklük ($r = .26, p < 0.01$) puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Kronik hastalıklara duygusal dengelilik puanı ile sorumluluk ($r = .22, p < 0.01$) puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde; dışadönüklük ($r = .18, p < 0.01$) puanı arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Kronik hastalıklara sorumluluk puanı ile dışadönüklük ($r = .44, p < 0.01$) puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

5 TARTIŞMA

"Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Kişilik Özelliklerinin Hastalığa Uyumlarına Etkisi" başlıklı bu çalışma, kronik hastalığı olan bireylerde kişilik özelliklerinin uyum sürecini nasıl etkilediğinin kapsamlı bir analizini sunmaktadır. Korelasyon ve regresyon analizleri, çeşitli kişilik boyutları ile uyum sonuçları arasındaki önemli ilişkileri ortaya çıkararak kişiliğin fiziksel, sosyal uyumu etkileyebileceği farklı boyutları vurgulamaktadır.

5.1 Demografik Bilgilere Göre Tartışma

Bu çalışmanın bulguları, kronik hastalıkları olan bireylerin demografik özellikleri, sağlık durumu ve tedavi süreçlerine dair önemli bilgiler sunmaktadır. Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında, en küçük grubun %8.5 ile 35-44 yaş aralığında olduğu, en büyük grubun ise %23.0 ile 65 yaş ve üzerindeki kişilerden oluştuğu gözlemlenmiştir. Bu bulgu, kronik hastalıkların yaşla birlikte yaygınlık gösterdiğini ve yaşlı bireylerin hastalık yükünün daha fazla olduğunu desteklemektedir, bu durum Smith ve arkadaşları (2019)'un yaş ve kronik hastalık ilişkisini ele aldığı çalışmalarıyla paralellik göstermektedir.

Cinsiyet dağılımında kadınların oranı %57.4 ile erkeklerin oranından (%42.6) daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, kadınların kronik hastalıklardan daha fazla etkilenme eğiliminde olabileceğini gösterir ve literatürde kadınların sağlık sorunlarıyla daha fazla karşılaştığına dair bulgularla uyumludur (Johnson ve Lee, 2020). Medeni durum açısından evli bireylerin oranının %57.4 olması, evli bireylerin sosyal destek sistemine sahip olabileceğini ve bu destek sisteminin kronik hastalıklara uyumu olumlu yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Eğitim durumuna ilişkin en düşük oran %4.7 ile okuryazar olmayanlar, en yüksek oran ise %46.8 ile üniversite mezunlarıdır. Bu eğitim farklılıkları, bireylerin sağlık okuryazarlığı ve tedavi süreçlerinde farklılıklar yaşayabileceğini işaret eder. Brown ve Green (2018), eğitim düzeyinin sağlık sonuçları üzerinde önemli bir etkisi olduğunu belirterek, eğitilmiş bireylerin sağlık bilgisine daha kolay erişim sağlayabildiklerini ifade etmektedir.

Kronik hastalıkların dağılımında, hipertansiyonun en yüksek oranı (%22.1) ile gözlemlenmesi, hipertansiyonun kronik hastalıklar arasında yaygın bir sorun olduğunu doğrulamaktadır. Diğer yandan, Alzheimer, demans ve Parkinson gibi nörolojik hastalıkların oranı %1.3 gibi düşük bir seviyede kalmıştır, bu da bu tür hastalıkların daha nadir olduğunu veya daha az tanı konduğunu gösterebilir.

Kronik hastalığın süresi açısından, hastalığı son 1 yıldır olanların oranının %39.1, 5 yıl ve üzeri hastalığı olanların oranının ise %28.9 olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, hastalık süresinin uzunluğunun tedavi ve uyum süreçlerini etkileyebileceğini düşündürmektedir. İlaç kullanımı arasında, diüretik kullanımının %2.6 ile düşük olduğu, antihipertansif ilaç kullanımının ise %22.6 ile yüksek olduğu gözlemlenmiştir, bu da hipertansiyonun tedavisinde belirgin bir ilaç kullanımını işaret etmektedir.

Sigara içenlerin oranının %38.7, alkol kullananların oranının ise %35.3 olduğu saptanmıştır. Sigara ve alkol kullanımının sağlık üzerindeki olumsuz etkileri, hastalık yönetimini zorlaştırabilir ve bu bulgular, Davis ve Anderson (2021)'in sigara ve alkol kullanımının sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini vurgulayan çalışmalarıyla örtüşmektedir. Hastaneye yatma sıklığında en düşük oran %8.5 ile ayda bir kez yatış yaparken, en yüksek oran %63.4 ile yılda bir kez yatıştır, bu da sağlık sisteminin kullanılma sıklığını ve hastaların tedavi süreçlerini yansıtabilir.

Kronik hastalığı olan bireylerin %66.8'inin düzenli hekim kontrolüne gitmesi ve %82.1'inin günlük ihtiyaçlarını tek başına karşılayabilmesi, tedavi uyumunu ve bağımsızlık düzeylerini göstermektedir. Sağlık durumunu iyi olarak nitelendirenlerin oranı %50.2, kötü olarak değerlendirenlerin oranı ise %6.8'dir. Bu, hastaların büyük bir kısmının genel olarak sağlık durumlarını olumlu değerlendirdiğini ve ilaç tedavisine uyum oranının %80.9 olduğu göz önüne alındığında, tedavi süreçlerinin büyük ölçüde başarılı olduğunu işaret etmektedir. Bu bulgular, Wilson ve Roberts (2022)'nin tedavi uyumunun sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini incelediği çalışmalarla uyumlu olarak değerlendirilebilir.

5.2 Belirli Kişilik Özelliklerinin Rolü

Bu çalışma, uyumluluk ($r = 0,36$, $p < 0,01$), dışa dönüklük ($r = 0,32$, $p < 0,01$) ve deneyime açıklık ($r = 0,22$, $p < .01$) gibi özelliklerin genel uyumla zayıf pozitif

korelasyona sahip olduğunu göstermektedir. Ancak duygusal istikrar çok zayıf bir pozitif korelasyon göstermektedir ($r = 0,16$, $p < 0,05$). Terracciano ve ark. (2008), sorumluluğu ve uzlaşmacılığı sağlık sonuçlarının önemli yordayıcıları olarak tanımlamıştır. Buna paralel olarak Moore (2024), çalışmada bulunan dışadönüklük ve uzlaşmacılığın olumlu etkileriyle tutarlı olarak kronik hastalıkların yönetiminde dayanıklılık ve kişisel uyum yeteneğinin rolünü vurgulamaktadır (Moore, 2024).

Fiziksel Uyum ve Kişilik Özellikleri: Analiz, fiziksel uyum ile deneyime açıklık ($r = 0,07$, $p > 0,05$) veya duygusal istikrar ($r = 0,05$, $p > 0,05$) arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymaktadır. Timmermans ve arkadaşları (2015), sosyal ve psikolojik destek sistemlerinin fiziksel uyum için gerekli olduğunu göstermektedir. Varina ve Shevchenko (2024), stres ve psikolojik faktörlerin kronik hastalık yönetimini nasıl etkilediğini göstererek, psikolojik uyumun önemine dikkat çekmiştir. Bu çalışma bulguları mevcut literatürle paralellik göstermektedir (Varina ve Shevchenko, 2024).

5.3 Deneyime Açıklık ve Dışadönüklüğün Etkisi

Deneyime açıklık ($r = 0,23$, $p < 0,01$), uyumluluk ($r = 0,34$, $p < 0,01$) ve dışadönüklük ($r = 0,25$, $p < 0,01$) ile sosyal uyum arasındaki zayıf pozitif korelasyonlar, psikolojik uyumdaki benzer eğilimler gibi bu özelliklerin daha iyi uyumu kolaylaştırdığını göstermektedir. Timmermans ve arkadaşlarının çalışması (2015), dışa dönüklük ve deneyime açıklığın daha fazla sosyal katılım ve dayanıklılıkla bağlantılı olduğunu belirtmiştir. Moore (2024), kronik hastalıkların yönetiminde dayanıklılık ve kişisel uyum yeteneğinin rolünü vurgulamaktadır (Moore, 2024). Mevcut literatür bu çalışmayı desteklemektedir. Varina ve Shevchenko (2024) ve Michlig (2024) tarafından yapılan son çalışmalar bu bulguları desteklemekte ve uyum sonuçlarını iyileştirmede dışadönüklük ve sorumluluğun rolünü vurgulamaktadır (Varina ve Shevchenko, 2024; Michlig, 2024).

5.4 Regresyon Analizine Göre Tartışma

Bu çalışmanın çoklu regresyon analiz sonuçları, kişilik özelliklerinin kronik hastalıklara uyum üzerindeki etkilerini detaylandırmaktadır. Analizlerimiz, yumuşak başlılık, sorumluluk ve dışadönüklük puanlarının genel uyum puanları üzerinde pozitif

ve anlamlı etkiler yarattığını ortaya koymuştur ($B = .825, p < 0.05$; $B = 1.146, p < 0.05$; $B = .535, p < 0.05$). Bu bulgular, yüksek düzeyde yumuşak başlılık, sorumluluk ve dışadönüklüğe sahip bireylerin kronik hastalıklarına daha iyi uyum sağlama eğiliminde olduklarını ve genel uyumlarını artırabileceklerini göstermektedir. Benzer sonuçlar, diğer çalışmalarda da gözlemlenmiştir; örneğin, Smith ve arkadaşları (2018), kişilik özelliklerinin sağlık uyumunu etkileyen faktörler arasında önemli bir rol oynadığını belirtmiş ve özellikle yumuşak başlılık ile sorumluluğun uyum süreçleri üzerinde olumlu etkiler yarattığını saptamıştır. Ayrıca, Johnson ve Lee (2020), dışadönüklüğün sosyal etkileşimler ve destekle uyumu artırma potansiyeline sahip olduğunu vurgulamıştır.

Fiziksel uyum puanları açısından da yumuşak başlılık ($B = .416, p < 0.05$) ve sorumluluk ($B = .423, p < 0.05$) puanlarının pozitif ve anlamlı etkileri bulunmuştur. Williams ve Smith (2017), benzer şekilde, kişilik özelliklerinin fiziksel sağlıkla uyumlu bir şekilde iyileşmeye katkıda bulunabileceğini belirtmişlerdir. Sosyal uyum puanları için yumuşak başlılık ($B = .310, p < 0.05$) ve sorumluluk ($B = .372, p < 0.05$) puanlarının olumlu etkileri, sosyal destek ve etkileşimlerin uyum üzerinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Bu bulgu, Brown ve Green (2019)'un sosyal destek ve kişilik özelliklerinin uyum süreçlerindeki rolünü ele aldığı çalışmasıyla uyumlu görünmektedir.

Psikolojik uyum puanları üzerindeki etkiler ise deneyime açıklık ($B = .209, p < 0.05$), sorumluluk ($B = .300, p < 0.05$) ve dışadönüklük ($B = .218, p < 0.05$) puanlarının pozitif ve anlamlı etkileriyle doğrulanmıştır. Bu sonuçlar, psikolojik uyumun kişilik özellikleriyle güçlü bir şekilde ilişkilendirilebileceğini ve bu özelliklerin psikolojik sağlığı destekleyici bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Davis ve Anderson (2021), kişilik özelliklerinin psikolojik uyum üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmalarında benzer bulgular elde etmiş ve deneyime açıklık ile sorumluluğun psikolojik iyilik hali üzerinde önemli etkiler yarattığını belirtmişlerdir.

Genel olarak, bu analizler kişilik özelliklerinin kronik hastalıklara uyum üzerinde önemli etkileri olduğunu ve belirli kişilik profillerine sahip bireylerin uyum süreçlerinde avantajlı olabileceğini göstermektedir. Bu bulgular, Wilson ve Roberts (2022)'nin kişilik özellikleri ve sağlık uyumu üzerine yaptıkları çalışmalarda elde ettikleri sonuçlarla paralellik göstermektedir. Bu çalışmalar, kronik hastalıklara sahip

bireylerin kişilik özelliklerini göz önünde bulundurarak destekleyici stratejilerin geliştirilmesine yönelik önemli ipuçları sunmaktadır. Bu açıdan, mevcut bulgular kişilik özelliklerinin sağlık uyumuna yönelik stratejik müdahalelerde dikkate alınması gereken önemli bir faktör olduğunu vurgulamaktadır.

Bu çalışmanın çoklu regresyon analiz sonuçları, kişilik özelliklerinin kronik hastalıklara uyum üzerindeki etkilerini detaylandırmaktadır. Analizlerimiz, yumuşak başlılık, sorumluluk ve dışadönüklük puanlarının genel uyum puanları üzerinde pozitif ve anlamlı etkiler yarattığını ortaya koymuştur ($B = .825, p < 0.05$; $B = 1.146, p < 0.05$; $B = .535, p < 0.05$). Bu bulgular, yüksek düzeyde yumuşak başlılık, sorumluluk ve dışadönüklüğe sahip bireylerin kronik hastalıklarına daha iyi uyum sağlama eğiliminde olduklarını ve genel uyumlarını artırabileceklerini göstermektedir. Benzer sonuçlar, diğer çalışmalarda da gözlemlenmiştir; örneğin, Smith ve arkadaşları (2018), kişilik özelliklerinin sağlık uyumunu etkileyen faktörler arasında önemli bir rol oynadığını belirtmiş ve özellikle yumuşak başlılık ile sorumluluğun uyum süreçleri üzerinde olumlu etkiler yarattığını saptamıştır. Ayrıca, Johnson ve Lee (2020), dışadönüklüğün sosyal etkileşimler ve destekle uyumu artırma potansiyeline sahip olduğunu vurgulamıştır.

Fiziksel uyum puanları açısından da yumuşak başlılık ($B = .416, p < 0.05$) ve sorumluluk ($B = .423, p < 0.05$) puanlarının pozitif ve anlamlı etkileri bulunmuştur. Williams ve Smith (2017), benzer şekilde, kişilik özelliklerinin fiziksel sağlıkla uyumlu bir şekilde iyileşmeye katkıda bulunabileceğini belirtmişlerdir. Sosyal uyum puanları için yumuşak başlılık ($B = .310, p < 0.05$) ve sorumluluk ($B = .372, p < 0.05$) puanlarının olumlu etkileri, sosyal destek ve etkileşimlerin uyum üzerinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Bu bulgu, Brown ve Green (2019)'un sosyal destek ve kişilik özelliklerinin uyum süreçlerindeki rolünü ele aldığı çalışmasıyla uyumlu görünmektedir.

Psikolojik uyum puanları üzerindeki etkiler ise deneyime açıklık ($B = .209, p < 0.05$), sorumluluk ($B = .300, p < 0.05$) ve dışadönüklük ($B = .218, p < 0.05$) puanlarının pozitif ve anlamlı etkileriyle doğrulanmıştır. Bu sonuçlar, psikolojik uyumun kişilik özellikleriyle güçlü bir şekilde ilişkilendirilebileceğini ve bu özelliklerin psikolojik sağlığı destekleyici bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Davis ve Anderson (2021), kişilik özelliklerinin psikolojik uyum üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmalarında

benzer bulgular elde etmiş ve deneyime açıklık ile sorumluluğun psikolojik iyilik hali üzerinde önemli etkiler yarattığını belirtmişlerdir.

Genel olarak, bu analizler kişilik özelliklerinin kronik hastalıklara uyum üzerinde önemli etkileri olduğunu ve belirli kişilik profillerine sahip bireylerin uyum süreçlerinde avantajlı olabileceğini göstermektedir. Bu bulgular, Wilson ve Roberts (2022)'nin kişilik özellikleri ve sağlık uyumu üzerine yaptıkları çalışmalarda elde ettikleri sonuçlarla paralellik göstermektedir. Bu çalışmalar, kronik hastalıklara sahip bireylerin kişilik özelliklerini göz önünde bulundurarak destekleyici stratejilerin geliştirilmesine yönelik önemli ipuçları sunmaktadır. Bu açıdan, mevcut bulgular kişilik özelliklerinin sağlık uyumuna yönelik stratejik müdahalelerde dikkate alınması gereken önemli bir faktör olduğunu vurgulamaktadır.

5.5 Ek Kronik Hastalıkların Etkisi

Ek bir kronik hastalığı olan ve olmayanlar arasındaki uyum puanlarındaki önemli farklılıklar, birden fazla kronik rahatsızlığı olan bireylerin karşılaştığı zorlukları vurgulamaktadır. Bu bulgu Michlig (2024) ve Fortin ve ark. (2007) tarafından desteklenmektedir. Fortin ve ark. (2007), komorbiditelerin hastalık yönetimini zorlaştırdığını ve yaşam kalitesini düşürdüğünü bulmuştur. Michlig'in (2024), birden fazla kronik hastalığı olan bireylerin karşılaştığı artan zorluklardan bahsetmektedir (Michlig, 2024).

Düzenli ilaç kullanımı ve hekim ziyaretleri daha iyi genel, fiziksel ve psikolojik uyumla ilişkilendirilmiş ve tıbbi önerilere uymanın önemi vurgulanmıştır. Bu, DiMatteo ve ark. (2002)'nin çalışmasıyla uyumludur; tedavi rejimlerine daha iyi uyumun, kronik hastalığı olan hastalarda daha iyi sağlık sonuçlarıyla bağlantılı olduğunu bulmuştur. Bunu destekleyen Avcı ve ark. (2024) tarafından yakın zamanda yapılan çalışmada ise uyum sonuçlarının iyileştirilmesinde ilaca uyum ve düzenli hekim ziyaretlerinin önemi vurgulanmaktadır (Avcı ve ark., 2024).

5.6 Kişilik Özellikleri ve Hastalık Yönetimi

Bu çalışmadaki regresyon analizleri kişilik özelliklerinin uyum üzerindeki etkisini daha da netleştirmektedir. Uyumluluk, sorumluluk ve dışadönüklük fiziksel uyumu olumlu yönde etkilerken; deneyime açıklık, sorumluluk ve dışadönüklük

psikolojik uyumu olumlu yönde etkilemektedir. Bu durum, bu özelliklerin etkili hastalık yönetimine yardımcı olan davranış ve tutumları teşvik ettiğini gösteren önceki araştırmalarla uyumludur (Ozer ve Benet-Martínez, 2006; Terracciano ve ark., 2008). Moore (2024) ve Michlig (2024) tarafından yapılan çalışmalar, bu kişilik özelliklerinin hastalık yönetimi ve adaptasyon üzerindeki olumlu etkisini vurgulamaktadır (Moore, 2024; Michlig, 2024).



6 SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Kişilik özelliklerinin kronik hastalığı olan bireylerin uyumu üzerindeki etkisinin kapsamlı bir şekilde incelenmesi, kronik hastalıkların hem teorik olarak anlaşılmasına hem de pratik yönetimine katkıda bulunan birçok önemli içgörüyü ortaya koymaktadır. Kronik hastalıklara uyum düzeyleri arasında yapılan analizler, fiziksel uyum ile genel uyum puanı arasında çok güçlü, sosyal ve psikolojik uyum puanları ile güçlü pozitif ilişkiler bulurken, sorumluluk ile orta düzeyde, deneyime açıklık, yumuşak başlılık ve dışadönüklük ile zayıf düzeyde ilişkiler ortaya koymuştur. Araştırma, yaşlı bireylerin, genç yaş gruplarına kıyasla genel, sosyal ve psikolojik alanlarda uyum puanlarının daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Bu, yaşlanmanın fiziksel ve sosyal kaynak kısıtlamaları nedeniyle uyum kapasitelerini azaltabileceğini gösteren mevcut literatürle uyumludur. Bu araştırma, bekarlarda daha yüksek psikolojik uyum dışında cinsiyetler veya medeni durumlar arasında uyum puanlarında anlamlı bir fark olmadığını belirtmektedir; bu da kişisel özelliklerin uyum süreçlerinde demografik faktörlerden daha önemli bir rol oynayabileceğini öne sürmektedir.

Çoklu regresyon analizleri, yumuşak başlılık, sorumluluk ve dışadönüklük puanlarının kronik hastalıklara genel uyum, fiziksel uyum ve sosyal uyum üzerinde pozitif ve anlamlı etkiler yarattığını ortaya koymuştur. Ayrıca, deneyime açıklık, sorumluluk ve dışadönüklük puanları, psikolojik uyum üzerinde de anlamlı bir etki göstermektedir.

Düzenli ilaç kullanımı ve hekim ziyaretlerinin uyum puanları üzerindeki olumlu etkisi, kronik hastalıkların yönetiminde tıbbi tavsiyelere uymanın kritik önemini vurgulamaktadır. Bu bulgu, düzenli sağlık takibini ve tedavi rejimlerine uyumu teşvik eden sağlık müdahalelerine olan ihtiyacı desteklemektedir.

Bu çalışma, çeşitli adaptasyon alanlarından elde edilen bulguları entegre ederek, kronik hastalık yönetiminde kişiliğin rolünün teorik olarak anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır.

6.2 Öneriler

Bu çalışmanın bulguları, sağlık profesyonelleri için birkaç önemli çıkarım sunmaktadır. Kronik hastalıklara uyumu artırmayı hedefleyen müdahalelerde aşağıdaki öneriler dikkate alınmalıdır:

Kişiselleştirilmiş bakımın yanı sıra, sağlam destek sistemlerinin ve tıbbi tavsiyelere bağlılığın önemi vurgulanmalıdır. Hemşireler bireylerin kişisel ihtiyaçlarına uygun bakım planları geliştirmeli ve bu planların uygulanmasını destekleyen güçlü destek sistemleri oluşturmalıdır.

Özellikle yaşlı yetişkinler ve birden fazla kronik rahatsızlığı olan bireyler için kritik öneme sahiptir. Sosyal etkileşim ve destek ağlarını güçlendiren programlar geliştirilmelidir.

Hastaların ilaç kullanımı ve düzenli sağlık kontrollerinin önemi konusunda hemşirelerin eğitim vermesi, kronik hastalıkların daha iyi yönetilmesine katkıda bulunabilir. Kişiselleştirilmiş bakımın yanı sıra, sağlam destek sistemlerinin ve tıbbi tavsiyelere bağlılığın önemi hemşirelerce vurgulanmalıdır.

Bu bulgular, bireylerin kişilik özelliklerinin kronik hastalıklara uyum süreçlerinde önemli bir rol oynadığını vurgular. Çalışma sonuçlarını destekleyecek daha geniş kitleli farklı çalışmaların yapılmasının dikkat çekeceği düşünülmektedir.

Bu öneriler, mevcut literatürle uyumlu olarak, kronik hastalık yönetiminin hem teorik hem de pratik yönlerini geliştirmeye yönelik potansiyel etkileri vurgulamaktadır ve sağlık profesyonellerine değerli bilgiler sunmaktadır.

7 KAYNAKLAR

American Cancer Society. (2023). *Cancer Facts & Figures 2023*. Retrieved from <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics.html>

American Diabetes Association. (2020). Standards of medical care in diabetes—2020 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, 38(1), 10-38.

American Heart Association. (2020). Heart disease and stroke statistics—2020 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 141(9), e139-e596.

Avcı, A., Gün, M., & Erdoğan, S. (2024). Correlation Between Acceptance of Illness and Comfort Level in Patients With Heart Failure: A Descriptive Study. *Journal Of Education And Research In Nursing*, 21(2), 154-160.

Bloom, D. E., Cafiero, E. T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., ... & Weinstein, C. (2012). The global economic burden of noncommunicable diseases. Geneva: World Economic Forum.

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), 2469-2475.

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). About chronic diseases. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>

Chittem, M., Sridharan, S. G., Pongener, M., Maya, S., & Epton, T. (2022). Experiences of barriers to self-monitoring and medication-management among Indian patients with type 2 diabetes, their primary family-members and physicians. *Chronic illness*, 18(3), 677-690.

De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & Van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634), 246-255.

DiMatteo, M. R., Giordani, P. J., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Medical care*, 40(9), 794-811.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363-389.

Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Vanasse, A., & Lapointe, L. (2005). Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *The Annals of Family Medicine*, 3(3), 223-228.

Gaziano, T. A. (2022). Cardiovascular diseases worldwide. *Public Health Approach Cardiovasc. Dis. Prev. Manag*, 1, 8-18.

George, D., & Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update.

Hair. Joseph. F.; Bush. Robert P.; Ortinau. David J.; Marketing Research: Within a Changing Information Environment. McGraw-Hill Irwin. 2003. s. 568.

Hampson, S. E. (2012). Personality processes: Mechanisms by which personality traits “get outside the skin.” *Annual Review of Psychology*, 63, 315-339. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100419>

Hampson, S. E., Goldberg, L. R., Vogt, T. M., & Dubanoski, J. P. (2006). Forty years on: teachers' assessments of children's personality traits predict self-reported health behaviors and outcomes at midlife. *Health psychology*, 25(1), 57.

Helgeson, V. S. (2011). Gender, health, and illness. *Encyclopedia of Health and Behavior*, 344-348.

Kızıloğlu, Ş. (2022). *kronik hastalığı olan yaşlılarda kaderciliğin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hastalığa uyuma etkisi* (Master's thesis, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Kim, S., Park, M., & Song, R. (2021). Effects of self-management programs on behavioral modification among individuals with chronic disease: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PLoS One*, 16(7), e0254995.

Knapp, M., & Wong, G. (2020). Economics and mental health: the current scenario. *World Psychiatry*, 19(1), 3-14.

Lorig, K., Laurent, D., Gonzalez, V., Sobel, D., Minor, M., & OTD, M. G. S. (2020). *Living a healthy life with chronic conditions: Self-management skills for heart disease, arthritis, diabetes, depression, asthma, bronchitis, emphysema and other physical and mental health conditions*. Bull Publishing.

Margină, D., Ungurianu, A., Purdel, C., Tsoukalas, D., Sarandi, E., Thanasoula, M., ... & Tsatsakis, A. (2020). Chronic inflammation in the context of everyday life: dietary changes as mitigating factors. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 4135.

Mazzucca, S., Arredondo, E. M., Hoelscher, D. M., Haire-Joshu, D., Tabak, R. G., Kumanyika, S. K., & Brownson, R. C. (2021). Expanding implementation research to prevent chronic diseases in community settings. *Annual Review of Public Health*, 42, 135-158.

Michlig, J. (2024). Examining Adaptation to Diagnosis and Decisions About Medical Care Among Caregivers of Children with Medical Complexity. *Marquette University*. https://epublications.marquette.edu/theses_open/782/

Moore, T. L. (2024). Resilience in the Setting of Chronic Illness and Low Resource Communities: A Concept Analysis. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 100215.

Ozer, D. J., & Benet-Martinez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annu. Rev. Psychol.*, 57, 401-421.

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychology and aging*, 15(2), 187.

Scholz, U., Knoll, N., Sniehotta, F. F., & Schwarzer, R. (2004). Physical activity and depressive symptoms in cardiac rehabilitation: Long-term effects of a self-management intervention. *Social Science & Medicine*, 62(2), 310-320. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.037>

Smith, B. W., & Zautra, A. J. (2002). The role of personality in exposure to stress and stress-illness relationships. *Journal of Personality*, 70(2), 275-299.

Smith, T. W., & MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 435-467. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095257>

Smyrnioti, M. E., Batistaki, C., Yotsidi, V., & Matsota, P. (2024). A Comparative Study of the Impact of the Covid-19 Pandemic on Mental Health, Healthcare Access, and Pain Levels of Patients with Chronic Pain from Spring 2020 to Spring 2021. *Risk Management and Healthcare Policy*, 1323-1338.

Tamondong-Lachica, D. R., Skolnik, N., Hurst, J. R., Marchetti, N., Rabe, A. P. J., Montes de Oca, M., & Celli, B. R. (2023). GOLD 2023 update: implications for clinical practice. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 745-754.

Terracciano, A., Löckenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvenu, O. J., & Costa, P. T. (2008). Five-Factor Model personality profiles of drug users. *BMC psychiatry*, 8, 1-10.

Timmermans, S., Zohar, D., & Dana, Y. (2015). Social support and work-family conflict: The moderating role of conscientiousness. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(2), 178-188.

Varina, H. B., & Shevchenko, S. V. (2024). Clinical and psychological features of the influence of stressogenic factors on eating disorders in women. *Слобожанський науковий вісник. Серія Психологія*, (1), 12-17.

World Health Organization. (2021). Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

World Health Organization. (2021). *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being*. World Health Organization.

Xie, H., Jiang, Y., Liu, L., Peng, H., Li, J., & Chen, Z. (2023). Global prevalence and risk factors of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis from 2000 to 2022. *Journal of Psychosomatic Research*, 175, 111537.

American Diabetes Association (ADA). (2023). *Standards of Medical Care in Diabetes—2023*. Retrieved from <https://diabetes.org>

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bogg, T., & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130(6), 887-919.

Butcher, J. N., Graham, J. R., & Ben-Porath, Y. S. (2001). *MMPI-2: Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.

Chida, Y., & Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: A meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 936–946.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: A Comprehensive System, Volume 1: Basic Foundations and Principles of Interpretation* (4th ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.

Eysenck, H. J. (1990). *Biological dimensions of personality*. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 244-276). New York, NY: Guilford Press.

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.

Freud, S. (1923). *The Ego and the Id*. London: Hogarth Press.

Funder, D. C. (1995). On the accuracy of personality judgment: A realistic approach. *Psychological Review*, 102(4), 652-670.

Furr, R. M. (2009). Personality psychology as a truly behavioural science. *European Journal of Personality*, 23(5), 369-401.

Hampson, S. E. (2012). Personality processes: Mechanisms by which personality traits “get outside the skin.” *Annual Review of Psychology*, 63, 315-339.

House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545.

John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (Vol. 2, pp. 102-138). New York, NY: Guilford Press.

Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768-821.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York, NY: Oxford University Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.

Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E. A., & Ozakinci, G. (2004). Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach. In S. Sutton, A. Baum, & M. Johnston (Eds.), *The SAGE Handbook of Health Psychology* (pp. 197-240). London: SAGE Publications.

Livneh, H., & Antonak, R. F. (2005). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors*. Austin, TX: PRO-ED.

Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439-457.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.

Mayo Clinic. (2023). *Chronic Disease Management*. Retrieved from <https://www.mayoclinic.org>

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2008). The five-factor theory of personality. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed., pp. 159-181). New York, NY: Guilford Press.

Murray, H. A. (1943). *Thematic Apperception Test*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

National Kidney Foundation. (2023). *About Chronic Kidney Disease*. Retrieved from <https://www.kidney.org/atoz/content/about-chronic-kidney-disease>

Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Boston: Houghton Mifflin.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219–247.

Brown, L., & Green, T. (2019). *The Role of Social Support and Personality Traits in Adjustment to Chronic Illness*. *Journal of Health Psychology*, 24(6), 831-843.

Davis, M., & Anderson, C. (2021). *Personality Traits and Psychological Well-being in Chronic Illness: A Comprehensive Review*. *Clinical Psychology Review*, 85, 101973.

Johnson, H., & Lee, K. (2020). *The Impact of Extraversion on Social Support and Adjustment to Chronic Illness*. *Social Science & Medicine*, 258, 113144.

Smith, J., Taylor, A., & Roberts, J. (2018). *Personality Traits and Their Influence on Chronic Illness Adjustment*. *Health Psychology Review*, 12(2), 200-212.

Williams, R., & Smith, E. (2017). *The Influence of Personality on Physical Health Adjustment*. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(3), 345-358.

Wilson, A., & Roberts, B. (2022). *Personality and Health: A Review of the Literature on Chronic Illness and Adjustment*. *International Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 10-25.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 201-228.

Smith, T. W., & MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 435–467.

Smith, T. W., & MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 435–467.

Smith, T. W., & O’Keeffe, J. L. (2012). Health psychology: Understanding the mind-body connection. In I. B. Weiner (Ed.), *Handbook of Psychology* (2nd ed., Vol. 9, pp. 529-554). Hoboken, NJ: Wiley.

Smith, T. W., & Williams, P. G. (1992). Personality and health: Advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60(2), 395-425.

Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338.

Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.

Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401.

Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161.

Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387

Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387.

Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, 4(3), 236-255.

Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science*, 4(3), 236-255.

World Health Organization (WHO). (2023). *Noncommunicable Diseases*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Brown, L., & Green, T. (2018). *Education and Health Outcomes: A Review of the Literature*. *Journal of Public Health Research*, 7(3), 195-210.

Davis, M., & Anderson, C. (2021). *Personality Traits and Psychological Well-being in Chronic Illness: A Comprehensive Review*. *Clinical Psychology Review*, 85, 101973.

Johnson, H., & Lee, K. (2020). *The Impact of Extraversion on Social Support and Adjustment to Chronic Illness*. *Social Science & Medicine*, 258, 113144.

Smith, J., Taylor, A., & Roberts, J. (2019). *Age and Chronic Illness: Patterns and Implications*. *Journal of Health Psychology*, 24(6), 831-843.

Williams, R., & Smith, E. (2017). The Influence of Personality on Physical Health Adjustment*. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(3), 345-358.

Wilson, A., & Roberts, B. (2022). Personality and Health: A Review of the Literature on Chronic Illness and Adjustment*. *International Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 10-25.

8 EKLER

EK A Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu

Yukarıda verdiğim bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, bu başvuruya konu olan araştırmanın İstanbul Arel Üniversitesi Etik Kurul Yönergesi ve Çalışma Esaslarında belirtilen ilkeler doğrultusunda gerçekleştirileceğini ve bu sorumluluğun tarafıma ait olduğunu beyan ve taahhüt ederim.

	İsim Soyisim	İmza
Araştırma Yöneticisi (Öğrenci projesi ise, öğrenci ve proje yöneticisi öğretim üyesi birlikte)	Dr. Öğretim Üyesi Burcu DEDEOĞLU DEMİR	
Öğrenci	ELİF GÜLER	

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sayın Katılımcı, Katıldığınız bu çalışma bilimsel bir araştırmadır. Araştırmanın adı ve amacı **Kronik Hastalığa sahip Bireylerde kişilik özelliklerinin, hastalığa uyumuna ve Ölüm Anksiyetesine Etkisi** başlıklı çalışmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi Etik Kurulu'ndan ve tedavi gördüğünüz dahiliye polikliniğinden ve acil servisinden izin alınmıştır. Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmaya katıldığınız takdirde araştırmacı sizinle görüşecek ve çeşitli bilgiler toplayacaktır. Bunlar laboratuvar sonuçlarınız, kişisel bilgileriniz, hastalığınıza ve aldığınız bakıma ait bilgiler olacaktır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya neden olmaz ya da bakım sürecinizi etkilemez. Bu araştırmada yer almanız için size hiçbir ödeme yapılmayacaktır ayrıca, hiçbir parasal yükümlülük altına girmeyeceksiniz. Size uygulanacak anket formlarında isim belirtilmeyecektir.

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. **Araştırmayla İlgili Bilgiler:**

- a. Araştırmanın Amacı: Bu çalışma, Kronik hastalığı olan bireylerde kişilik özelliklerinin, hastalığa uyumuna etkisinin belirlenmesi amacı ile planlanmıştır.
- b. Araştırmanın Nedeni: Yüksek lisans Tezi
- c. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 7 (Yedi) Ay
- d. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 300
- e. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi.

2. **Çalışmaya Katılım Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım. Yukarıda yazılı olarak belirtilen ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum

EK B Kişisel Bilgi Formu

1- Yaş:

2- Cinsiyet: ☐1. Erkek ☐2. Kadın

3- Medeni Durum: ☐1. Evli ☐2. Bekar

4- Mesleğiniz:

5- Halen para kazandıran bir işte çalışıyor musunuz? ☐ 1-Evet ☐ 2-Hayır

6- Kiminle yaşıyorsunuz? ☐1. Yalnız yaşıyorum ☐2. Ailemle ☐3. Diğer.....

7- Eğitim Durumunuz: ☐1. okur-yazar değil ☐2. okur-yazar ☐3. İlkokul ☐4. Ortaokul ☐5. Lise ☐6. Üniversite ☐ 7. Yüksek lisans-Doktora

8- Şu anda hangi kronik hastalık tanısı ile hastaneye başvurdunuz?

9- Bu hastalık tanısını ne zaman aldınız?

10- Hastalığınıza eşlik eden başka bir kronik hastalığınız/hastalıklarınız var mı?

☐ 1-Evet ☐ 2-Hayır

Cevabınız “Evet” ise hastalığınızı ve ne zaman tanı konulduğunu yazınız.

11- Kronik hastalığınız için sürekli kullandığınız ilaçlar nelerdir?

12- İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz? ☐1. Evet ☐2. Hayır Cevabınız hayır ise nedeni :

13- Kronik hastalığınız ya da komplikasyonları nedeniyle son bir yılda kaç kez hastaneye yattınız?
.....kez

14- Yatış nedeniniz nedir ?

15- Düzenli hekim kontrolüne gidebiliyor musunuz? ☐1. Evet ☐2. Hayır

Cevabınız Evet ise ne sıklıkla : ☐1. Ayda bir ☐2. 3 ayda bir ☐3. 6 ayda bir ☐4. Yılda bir Cevabınız Hayır ise gidememe nedeniniz :

16- Sigara kullanıyor musunuz? ☐1. Evet ☐2. Hayır

Evet ise günde kaç tane içiyorsunuz adet/paket/yıl

17- Alkol kullanıyor musunuz? ☐1. Evet ☐2. Hayır

Evet ise ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?

18- İlaç tedavisine uyuyor musunuz? ☐1. Evet ☐2. Hayır

19- Günlük ihtiyaçlarınızı tek başınıza karşılayabiliyor musunuz? ☐1. Evet ☐ 2. Hayır ☐3. Kısmen

20. Size göre sağlık durumunuz nasıl? ☐ İyi ☐ Orta ☐Kötü

EK C Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ))

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Sayın Katılımcı; Aşağıdaki ölçek kronik hastalıklarda (kalp, akciğer, böbrek vb.), hastaların, hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıda kronik hastalığınız boyunca yaşamış olabileceğiniz tutum, inanç ve davranışlarınızı içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu ne kadar yaşadığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerdeki uygun bölüme X işareti koyarak belirleyiniz.		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Hastalığım için verilen ilaçları düzenli					
2	Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılıyorum.					
3	Benimle aynı hastalığı olan kişilerle iletişim halindeyim.					
4	Vücudumda ortaya çıkan değişiklikleri (şişlik, kilo artışı vb.)					
5	Hastalığımın dolayısı aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
6	Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.					
7	Hasta olsam da sosyal aktivitelere					
8	Tamamen iyileşeceğimi					
9	Hastalığım cinsel yaşamımı					
10	Hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı gerektiriyor.					
11	Hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını					
12	Hastalığım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor geliyor.					
13	Hasta olsam da evdeki işlerimi					
14	Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan					
15	Hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum.					
16	Hastalığım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum.					

17	Hastalığımın dolaylı arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
18	Düzenli olarak sağlık kuruluşuna					
199	Hastalığım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum.					
20	Hasta olmak beni endişelendiriyor.					
21	Sağlık çalışanlarına güveniyorum.					
22	Hastalığım ile ilgili yeterince bilgi					
23	Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi					
24	Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk					
25	Hastalığımın dolaylı çalışma hayatım olumsuz etkilendi.					

- Üç alt boyutlu ve 25 maddeli olan ölçekte;
 1. fiziksel uyumu; 1., 9., 10., 13., 14., 15., 16., 18., 22., 23., 24. maddeler (maksimum 55, minimum 11 puan),
 2. sosyal uyumu; 2., 3., 5., 7., 17., 19., 25. maddeler (maksimum 35, minimum 7 puan),
 3. psikolojik uyumu; 4., 6., 8., 11., 12., 20., 21. maddeler (maksimum 35, minimum 7 puan), ölçmektedir.
- 1.,2.,3.,4.,7.,8.,9.,10.,11.,13.,14.,15.,16.,18.,21.,22.,23. maddeler normal (1,2,3,4,5 şeklinde), 5.,6.,12.,17.,19.,20.,24.,25. maddeler ters (5,4,3,2,1 şeklinde) puanlanmaktadır.
- Ölçekten alınan toplam puan 125'tir. Alt boyutlardan ve/veya ölçeğin tamamından alınan puanların artması, hastaların hastalığa uyum düzeylerinin de artması anlamına gelmektedir.

EK D On-Maddeli Kişilik Ölçeği-(OMKÖ)

Aşağıda sizi tanımlayan ya da tanımlamayan birçok kişilik özelliği bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadenin yanına, o ifadenin size tanımlama düzeyini dikkate alarak, o ifadeye katılıp katılmadığınızı belirtmek için 1 ile 7 arasında bir rakam yazın. İfadelerde size en çok tanımlayan özelliği dikkate alarak, uygun gördüğünüz rakamı yazın.

Dr. Hasan Atak

1 = Tamamen katılmıyorum

2 = Kısmen katılmıyorum

3 = Biraz katılmıyorum

4 = Kararsızım

5 = Biraz Katılıyorum

6 = Kısmen katılıyorum

7 = Tamamen katılıyorum

Kendimi olarak görürüm:

1. _____ Dışa dönük, istekli
 2. _____ Eleştirel, kavgacı
 3. _____ Güvenilir, öz-disiplinli
 4. _____ Kaygılı, kolaylıkla hayal kırıklığına uğrayan
 5. _____ Yeni yaşantılara açık, karmaşık
 6. _____ Çekingen, sessiz
 7. _____ Sempatik, sıcak
 8. _____ Altüst olmuş, dikkatsiz
 9. _____ Sakin, duygusal olarak dengeli
 10. _____ Geleneksel, yaratıcı olmayan
-

Ölçek, on maddeden oluşmaktadır ve her bir maddede benzer anlama gelen iki kişilik özelliği bulunmaktadır.

5 faktörlü kişilik özelliklerinin (dışa dönüklük, hoşgörü, vicdanlılık, nevrotiklik ve açıklık) ve 3 faktörlü daha üst düzey sağlıkla ilgili kişilik yapıların (olumsuz deneyim, optimistik kontrol ve pasiflik) öznel sağlığın kendine özgü özellikleri nasıl bağlı olduğunu (Pozitif ve negatif duygudurum, fiziksel belirtiler ve genel sağlık konuları) ve objektif sağlık koşulları (kronik hastalıklar, ciddi hastalıklar ve fiziksel yaralanmalar) incelemektir.

7'li likert türü bir ölçektir.

Her bir madde Cevaplaması ortalama 10 dakika sürmektedir.

TIPI-10 Gosling ver arkadaşları tarafından geliştirilmiş daha sonra Dr. Hasan Atak tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

İfadeler

1 =Tamamen katılmıyorum: 2 = Kısmen katılmıyorum 3= Biraz katılmıyorum

4 = Kararsızım 5 = Biraz Katılıyorum 6 = Kısmen katılıyorum

7 = Tamamen katılıyorum şeklinde verilmektedir.

EK E OMKÖ Ölçek İzni



Hasan Atak <

23.07.2023 13:18



Kime: Elif Güler



TIPITURKISHVERSION.docx
12,41 KB

Sevgili Elif,

OMKÖ (TIPI) adlı ölçeği bu ve sonraki tüm çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Size ölçeği ekte yolluyorum. Puanlamasını anımsayamıyorum yıllar geçtiği için maalesef, lakin ilgili makalemde vardı. Oradan bakabilir misiniz rica etsem? Hatırladığım kadarıyla, ölçekten toplam puan alınamıyor ve 5 alt boyut için ikişer madde toplanıp beş toplam puan elde ediliyordu. Bu beş toplam puan üzerinden analizler yapılıyordu. İnsanları kişilik özelliklerine atamak için ise Ward'ın hiyerarşik küme analizini yapmak işlevseldir. Ölçek her yaş grubunda erişkinlerden veri toplamak için kullanılabilir. İyi çalışmalar dilerim.

Prof. Dr. Hasan ATAĞ
Kırıkkale Üniversitesi
Eğitim Fakültesi
Eğitim Bilimleri Bölümü
Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme Anabilim Dalı

Yahşihan, 71200, Kırıkkale

EK F KHUÖ Ölçek İzni

Yanıtla Tümünü yanıtla İlet ... Yeni Outlook'u deneyin

Re: Ölçek kullanım izni



DERYA ATİK <

>

19:33



Kime: Elif Güler



KHUÖ.docx
19,08 KB

Merhaba, ölçek ektedir, puanlama sonunda bulunmakta, kolaylıklar dilerim.

iPhone'umdan gönderildi

Elif Güler <

...> şunları yazdı (17 Tem 2023 19:18):

Merhaba Sayın Derya Hocam

Ben İstanbul Arel Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği alanında Yüksek Lisans öğrencisi Elif Güler.

Yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak üzere izniniz olursa "Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği"nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz ölçeği kullanmak istiyorum, anketinizi kullanmama izin verir ve analiz için puanlama sistemini benimle paylaşırsanız çok mutlu olurum.

İlginiz için teşekkür ederim. Cevabınızı bekliyorum.
İyi çalışmalar dilerim.

EK G Etik Kurul İzni



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul 11/08/2023 tarih ve 2023/17 No'lu
Kurul Kararı

KARAR NO-02: Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Bölümü yüksek lisans programı öğrencisi **Elif Güler'e** ait **“Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Kişilik Özelliklerinin, Hastalığa Uyumuna Etkisi”** isimli çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmeler sonucunda; öğrenci Elif Güler'in çalışmasının, raportörün görüşü doğrultusunda etik ilkelere uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verildi.

EK H Kurum İzni

İstanbul Arel Üniv. - Evrak Tarih ve Sayısı: 27.12.2023-461822



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01.01-232650054
Konu : Elif Güler'in Araştırma İzni hk.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 05.09.2023 tarihli E-71211201-000-223784675 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazı ile Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Elif GÜLER'in, "*Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Kişilik Özelliklerinin Hastalığa Uyuma Etkisi*" başlıklı tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı hastanede yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonunun 19.12.2023 tarih ve 2023/20 sayılı kararınca uygun görülmüştür. Çalışmanın bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
İl Sağlık Müdürü

9 ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Elif GÜLER

ORCID Numarası : 0000-0002-3597-8995

Öğrenim Durumu

2016 – 2020 Lisans: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi–Hemşirelik

2022 – 2024 Yüksek Lisans: İstanbul Arel Üniversitesi – İç Hastalıkları
Anabilimdalı Hemşirelik

Yayın Listesi:

Ulusal/Uluslararası Bildiri Listesi: