



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIĞA UYUM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
GELİŞTİRME VE UYGULAMA**

Gülden ACAROĞLU DEĞİRMENCİ
DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

MANİSA-2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIĞA UYUM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
GELİŞTİRME VE UYGULAMA**

Gülden ACAROĞLU DEĞİRMENCİ
DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

(Tez Danışmanı)

Doç. Dr. Saliha ÖZPINAR

(Jüri Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM

(Jüri Üyesi)

MANİSA-2019

BEYAN

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

Gülden ACAROĞLU DEĞİRMENCİ

TEŞEKKÜR

Bu zorlu süreçte bana her konuda destek olan, bilgilerini, deneyimlerini, zamanını ve güvenini esirgemeyerek her zaman yanımda olan ve yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ'e,

Fikir ve önerileri ile bana destek veren sayın hocam Dr. Öğretim Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM'a,

Bilimsel katkı ve önerileri için sayın hocam DOÇ. Dr. Saliha ÖZPINAR'a,
Araştırmaya katılan tüm hastalara,

Sevgi ve desteğini benden esirgemeyen her zaman yanımda olan değerli eşim ve aileme,

TEŞEKKÜR EDERİM.

Gülden ACAROĞLU DEĞİRMENCİ

Manisa-2018

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ	vi
EKLER DİZİNİ	viii
KISALTMALAR	ix
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. KRONİK HASTALIK TANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ	6
4.2. KRONİK HASTALIKLARDA UYUM SÜRECİ	8
4.3. KRONİK HASTALIKLARA UYUM MODELLERİ	10
4.3.1. Roy Adaptasyon Modeli	12
4.3.1.2. Adaptasyon Düzeyi	13
4.3.1.3. Regülatör Alt-Sistem	13
4.3.1.4. Kognatör Alt-Sistem	15
4.4. KRONİK HASTALIĞA UYUMDA HEMŞİRENİN ROLÜ	16
5. GEREÇ VE YÖNTEM	18
5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	18
5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ	18
5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	18
5.4. ARAŞTIRMA SORULARI	20
5.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER	21
5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	21

5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	21
5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	23
5.8.1. ÖLÇEĞİN GEÇERLİK-GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI	24
5.8.1.1. Geçerlik	24
5.8.1.2. Güvenirlik	25
5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	27
5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	27
6. BULGULAR	28
6.1. METODOLOJİK ÇALIŞMA: ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASINA YÖNELİK BULGULAR	28
6.1.1. İçerik/Kapsam Geçerliği Bulguları	28
6.1.2. Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları	29
6.1.2.1. Kaiser-Maiker-Olkin ve Bartlett Testi Sonuçları	29
6.1.3. Cronbach Alfa, Madde analizi, Guttman Split-half ve Spearman-Brown Güvenirlik Analiz Sonuçları	36
6.1.4. Yarıya Bölme Analiz Sonuçları	40
6.2. KESİTSEL ÇALIŞMA: KRONİK HASTALIĞA UYUM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ' NİN UYGULAMASINA YÖNELİK BULGULAR	41
7. TARTIŞMA	56
7.1. METODOLOJİK ÇALIŞMA: ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASINA YÖNELİK TARTIŞMA	56
7.2. KESİTSEL ÇALIŞMA: KRONİK HASTALIĞA UYUM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ' NİN UYGULAMASINA YÖNELİK TARTIŞMA	60
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
9. KAYNAKLAR	66
10. EKLER	74
11. ÖZGEÇMİŞ	81

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Scree Plot Grafiği

30



TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 5.3.1. 01/01/2016 – 01/12/2016 Tarihleri Arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Dahili Birimlere Yatan Hasta Sayısı	20
Tablo 5.8.1. Geçerlik-Güvenirlik Çalışması Yöntemleri	24
Tablo 6.1.1.1. Kendall's W Uyuşum Analiz	29
Tablo 6.1.2.1. KMO ve Bartlett Testi Sonuçları	29
Tablo 6.1.2.2. Ortak Yük (Communalities) Değerleri	30
Tablo 6.1.2.3. Açıklanan Toplam Varyans Tablosu	33
Tablo 6.1.2.4. Konik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği'nin Faktör Analizi Sonrası Dönüştürülmüş Bileşenler Matrisi	35
Tablo 6.1.3.1. Maddelerin Faktör Yükleri ve Açıklanan Varyans Oranı	37
Tablo 6.1.3.2. Tüm Ölçek İçin Madde Analizi	39
Tablo 6.1.4.1. Yarıya Bölme Analizi	40
Tablo 6.2.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=200)	41
Tablo 6.2.2. Katılımcıların Hastalık Tanıları, Tanı Süreleri, İlaç, Sigara ve Alkol Kullanma Durumları (n=200)	42
Tablo 6.2.3. Katılımcıların Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçek Puanlarının Betimleyici İstatistikleri (n=200)	43
Tablo 6.2.4. Katılımcıların Ölçek puanlarının ilişkisi	44
Tablo 6.2.5. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)	44

Tablo 6.2.6. Katılımcıların Cinsiyet ve Medeni Durumlara Göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)	45
Tablo 6.2.7. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)	46
Tablo 6.2.8. Katılımcıların Mesleğine Göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)	47
Tablo 6.2.9. Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)	49
Tablo 6.3.10. Hastalık Tanısına Göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 6.3.11. Hastalık Tanı Süresine Göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)	52
Tablo 6.3.12. Sürekli İlaç Kullanan ve Kullanmayan Katılımcıların Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanları ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması(n=200)	53
Tablo 6.2.13. Sabit Değişken Olarak Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Alındığında Etkileyen Faktörler (n=200)	54

EKLER DİZİNİ

	Sayfa No
EK.1. Hasta Tanıtım Formu	75
EK.2. Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği	76
EK.3. Uzman Değerlendirme Ölçeği	77
EK.4. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul İzni	78
EK.5. Araştırmanın Yapıldığı Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi İzni	79
EK.6. Kurum İzin Yazısı	80
EK.7. Araştırmanın Orjinallik Raporu	81

KISALTMALAR

AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
CCI	: Commission on Chronic Illness
KHUDÖ	: Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
KENDALL W	: Kendal Uyuşum Katsayısı



Başlık: Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Geliştirme ve Uygulama

Öğrencinin Adı: Gülden ACAROĞLU DEĞİRMENCİ

Danışman: Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı; Roy Adaptasyon Modeli' ne göre kronik hastalığa uyumu değerlendirebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek ve kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa uyumlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Metodolojik ve kesitsel olarak yapılan araştırmanın örneklemini; bir üniversite hastanesinin dahili servislerinde yatarak tedavi alan 500 kronik hasta oluşturdu. Metodolojik çalışmada (n=300); Kapsam geçerlik oranı (Kendall W), açımlayıcı faktör analizi, madde analizleri ve Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı kullanıldı. Kesitsel çalışmada (n=200); bağımsız gruplarda t-testi, ANOVA, Pearson korelasyon analizi ve linear regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Ölçekte yer alan maddelere ilişkin uzman görüşleri arasında uyum olduğu saptandı (Kendall W=0,091). Yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda beşli likert tipi 28 maddelik ve 2 faktörlü bir ölçek yapısına ulaşıldı. Bartlett Sphericity testi anlamlı bulundu ve Kaiser-Meyer-Olkin testi 0,915 bulundu. Ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı ise 0.949, Spearman-Brown ve Guttman Değerleri sırasıyla 0,975 ve 0,974 olarak bulundu. Yapılan çalışmada; Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği puanları ile eğitim düzeyleri arasında pozitif yönde, tanı süresi ile negatif yönde anlamlı ilişki bulundu.

Sonuçlar: Bu çalışmada geliştirilen Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği; kronik hastalığa uyumu değerlendirmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. Hastaların eğitim düzeyi arttıkça kronik hastalığa uyum artmakta, hastalık süresi arttıkça uyum azalmaktadır. Eğitim düzeyi düşük olan ve hastalık süresi uzun olan hastaları kronik hastalığa uyumlarının sağlanması için uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, uyum, Roy Adaptasyon Modeli, metodolojik çalışma,

Title: Development and Implementation of Chronic Illness Adaptation Scale

Name of Student: Gülden ACAROĞLU DEĞİRMENCI

Supervisor: Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Department: Nursing Department

2. ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to develop a valid and reliable measurement tool according to the Roy Adaptation Model that can assess the adaptation to chronic disease, and to evaluation adaptation of the patients with chronic disease to the disease.

Materials and Methods: Methodological and descriptive cross-sectional survey; 500 chronic patients receiving inpatient treatment at a university hospital's internal services. Methodological study (n=300); Scope validity (Kendall W), explanatory factor analysis, item analyzes and Cronbach's alpha reliability coefficient were used. In a cross-sectional study (n=200); t-test, ANOVA, Pearson correlation analysis and linear regression analysis were used.

Results: There was an agreement between the expert opinions of the items in the scale (Kendall W=0.091). As a result of the explanatory factor analysis, a 5-point Likert type 28-item scale and 2-factor scale structure were observed. The Bartlett Sphericity test was found significant and the Kaiser-Meyer-Olkin test was found to be 0.915. The Cronbach alpha reliability coefficient of the scale was 0.949, Spearman-Brown and Guttman values were 0.975 and 0.974, respectively. In the study; it was found that a positive correlation between the scores of the Chronic Disease Assessment Scale and the education levels, and a significant negative correlation with duration of diagnosis.

Results: The Chronic Disease Adaptation Scale developed in this study, it is a valid and reliable measurement tool that can be used to evaluate compliance with chronic disease. As the education level of patients increases, adaptation to chronic disease increases, and as duration of illness increase, compliance decreases. It is recommended that appropriate nursing interventions be planned in order to ensure that a low level of education and adapt to chronic disease.

Keywords: Chronic disease, adaptation, Roy Adaptation Model, methodological study.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm dünyada yaşam süresi uzamakta, kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır (WHO 2010). Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre; 2008 yılında meydana gelen ölümlerin %63'ü kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Kalp ve damar hastalıkları, kanserler, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları bunların başında gelen kronik hastalıklardır. Kronik hastalıkların, 2010–2020 yılları arasında %15 artacağı öngörülmektedir. Özellikle bu artışın düşük ve orta gelirli ülkelerde daha fazla olacağı düşünülmektedir (WHO 2011).

Kronik hastalıklar, bir yıldan fazla süren, uzun dönem bakım gerektiren, günlük yaşamı zorlayan ve kısıtlayan bir durumdur. Yeryüzünün birçok yerinde ölüm nedenlerinin başında kronik hastalıklar yer almaktadır. Sağlık harcamalarının büyük bir kısmı bu hastalıkların tedavisi için yapılmaktadır (Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması 2013).

Kronik hastalıklar, fizyolojik fonksiyonlarda yavaş, ilerleyici ve geri dönüşümsüz değişikliklere neden olmakta, yaşamın uzun bir dönemini kapsamakta, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektirmektedir. Bu nedenle, kronik hastalar yaşam boyu kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu alıp, sürdürmeleri büyük önem taşımaktadır (Türkmen 2012). Kronik hastalıklar biyopsikososyal bir durumdur. Çocukluktan itibaren her yaşta görülmesine rağmen yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır (Karadakovan ve Aslan 2010). Kronik hastalarda kendi bakımını yaparak aktif bir hasta olma önemli bir faktördür. Hastanın ne yapacağını bilmesi bu durum ile ilgili yeterli ilgi, motivasyon ve yeteneğe sahip olması aktif bir hasta olmasını sağlamaktadır (Wagner 2005).

Kronik hastalıkların tedavi ve bakımı bireyin yaşamında değişik bir deneyim yaratmaktadır. Bu durum hasta ve ailelerini yakından etkiler ve yaşamlarıyla ilgili yeni düzenlemeler gerektirmektedir. Aile içi rol kaybı, iş kaybı ve vücut fonksiyonlarındaki kayıplar hasta için büyük psikososyal sorunların ortaya çıkmasına

neden olmaktadır. Bu bireylerde hastalık semptomlarının yansira ev, iş, sosyal çevre ve maddi sorunlar da hastalığa uyumu etkilemektedir (Çınar 2009).

Uyum'un kelime anlamı hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul ederek bunlara uymasidir (Ervatan 2003). Hastalığa uyum, kontrollere düzenli gitmeyi, tedavi programını devam etmeyi ve tamamlamayı, ilaçları düzenli kullanmayı, yaşam tarzında gerektiğinde değişiklik yapabilmeyi, tavsiye edilen davranış değişikliklerini yerine getirmeyi gerektirmektedir (Ateş ve Algül 2006).

Bireyin sorunları ile baş etmesi ve hastalığa uyumunda hemşirelere büyük görev düşmektedir. Sağlık profesyonelleri içinde hemşireler, ekibin önemli üyesidir ve kronik hastalıkların yönetiminde giderek lider rolünü üstlenmektedir (ICN 2010). Kronik hastalara verilen bakımda kuram ve modellerin kullanımı; hemşirelik bakımının sistematize edilmesine, birey ve ailesine bütüncül bakım verilmesini ve yaşam kalitesinin artmasını sağlar (İnan ve ark. 2013).

Roy Adaptasyon Modeli (RAM) hemşirelikte sık kullanılan modellerden biridir. Sister Callista Roy tarafından 1970 yılında oluşturulmuştur. Adaptasyon: Hemşirelik İçin Kavramsal Sistem adı altında yayınlanmıştır. Roy'a göre bu kavramsal kuram karşılıklı etkileşim düşüncesini içermektedir. Roy'a göre insanlar; hızlı değişen çevresel faktörler karşısında kendilerini kolayca adapte edebilen, sistemler olarak tanımlanmıştır. Bu sistem içerisinde hemşirelik; hastalık ve sağlık durumları ile ilgilenen ve bireyin sağlık ve hastalık süreçlerinde çevresindeki uyaranlara adaptasyonunu sağlamada önemli bir yere sahiptir (Fawcett 2005).

Roy'a göre hemşirelik girişimlerinin amacı, uyaranlarla mücadele edebilmesi için bireyin baş etme mekanizmalarını güçlendirmek olmalıdır. Birey uyaranlarla baş edebilirse uyum düzeyi artar ve uyumsuz davranışı uyumlu davranışa dönüşmektedir (Roy 2009).

Dawson'a (2000) göre Roy Adaptasyon Modeli sağlık ve hastalık durumlarında bireylerin uyum süreçlerini hızlandırmak, geliştirmek ve arttırmaktır (Dawson 2000). Modelde dört uyum alanı bulunmaktadır. Bu alanlar; fizyolojik alan, benlik kavramı alanı, rol fonksiyonu alanı ve karşılıklı bağlılık alanıdır. Hemşireler bireylerin bu uyum alanlarda gereksinimlerini karşılamada yardımcı olmaktadır. Fizyolojik alan; egzersiz, dinlenme, beslenme, boşaltım, dolaşım, sıvı-elektrolit, nörolojik ve endokrin fonksiyonları içermektedir. Benlik kavramı alanı; beden imajı, benlik

kavramı gibi temel gereksinimlerine odaklanır. Rol fonksiyonu alanı; toplum tarafından bireyden beklenen anne, baba olma gibi rolleri kapsar. Karşılıklı bağımlık alanı; sevgi, saygı, değer görme ve ilişkilerdeki etkileşimi içerir (Freeman 2006; Roy 2009; Tomey 2002).

İnsan yaşamı sürekli değişkenli gösterir ve uyum her dönemde huzurlu bir yaşam için gerekli bir süreçtir. Hemşire, uyumlu olmayan ya da etkisiz davranışı tespit ederek, uygun hemşirelik girişimleri ile uyumu sağlamaya çalışmalıdır. Roy'a göre hemşirenin amacı; sağlık ve hastalık durumlarında bireyin bu dört uyum alanında uyumlu davranış göstermesine yardımcı olmaktadır. Hemşireler öncelikle bireyin uyumunu etkileyen uyarıları belirler sonra uyarılar üzerinde etkili olabilecek girişimleri planlar, uygular ve etkinliğini değerlendirir (Roy 2009).

Kronik hastalara bakım planlanırken tanılama araçları ve ölçekleri kullanmak hastaların durumu ile ilgili net ve güvenilir veri sağlaması yönünden önemlidir. Literatürdeki ölçekler herhangi bir hastalığa uyumu ya da hastalık sonrası tedavi sürecine uyumu ölçmektedir (Karadağ 2011). Bazı ölçekler ise sadece fizyolojik değişiklikleri, zorlukları ölçmekte ya da sadece sosyal ve psikolojik uyum düzeylerini ölçmektedir (Akkaya 2008). Literatürde, kronik hastalığa uyumu fiziksel ve psikososyal boyutlarda değerlendirecek tek bir uyum ölçüm aracı bulunmamaktadır.

Bu çalışmada geliştirilecek ölçek, sağlık çalışanlarına kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa fiziksel, sosyal ve psikolojik uyum düzeyini belirlemede yardımcı olacaktır. Ölçeğin gelişimi ile kronik hastalığa uyum düzeyini belirlemeye yönelik ampirik incelemelerin kolaylaşacağı düşünülmektedir. Uyum problemi olan kronik hastalara planlanacak hemşirelik uygulamalarının hangi alana yönelik olduğunu belirlemede kullanılabilir. Kronik hastalara sunulan bakım hizmetlerinin değerlendirilmesinde sağlık profesyonelleri tarafından rahatlıkla kullanılabilir. Böylece kronik hastalığı olan bireylere sunulan hizmetler hastanın gözlemi ve tüm sağlık ekibi tarafından değerlendirilebilir, bakımın ve kalitesinin geliştirilmesi sağlanabilir.

Bu çalışmada amaç; Roy Adaptasyon Modeli' ne göre kronik hastalığa uyumu değerlendirebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek ve kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa uyumlarını değerlendirmektir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. KRONİK HASTALIK TANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Kronik Hastalıklar Komisyonu (CCI; Commission on Chronic Illness) kronik hastalıkları, iyileşmenin genellikle tam olarak görülmediği yavaş ilerleyen, sürekli ve genellikle kalıcı sakatlıklara yol açan, oluşmasında sosyo-ekonomik, kişisel özellikler ve genetik etkenlerin rol oynadığı, genellikle non-enfeksiyöz karakterde olan hastalıklardır şeklinde tanımlamıştır (Bilir ve Subaşı 2006). Yaşlı nüfusun artması ve yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak, hastalık yükü giderek artmakta ve bu hastalıkların büyük bir bölümünü kronik hastalıklar oluşturmaktadır (Mollahaliloğlu ve ark. 2007). Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin birçoğunun düşük ve orta gelirli ülkelerde olduğu saptanmıştır (World Health Organization 2005). Araştırmalara göre, 2020 yılında dünyada ölümlerin %75 oranında kronik hastalıklardan kaynaklanacağı tahmin edilmektedir (İncirkuş ve Nahcivan 2011). Dede ve arkadaşlarına göre (2016) Dünyada kronik hastalıklardan ölümlerin %48'i kardiyovasküler hastalıklar, %21'i kanserler, %12'si solunum hastalıkları, %3,6'sı Diabetes Mellitus oluştururken, ülkemizde kronik hastalıklardan ölümlerin %49'unun kardiyovasküler hastalıklar, %18'inin kanserler, %9'unun kronik solunumsal hastalıklar, %2'sinin ise diyabete bağlı olduğu görülmektedir (Dede ve ark. 2016).

Kronik hastalıklar genellikle orta yaşta başlamaktadır. Hastalığın oluşmasında birçok etken vardır, bireyin bu etkenlerle karşılaşma süresi ve sayısı hastalığın oluşmasında önemli etkindir. Hastalık esnasında farklı evreler yaşanabildiği gibi bu evrelerin farklı fizyolojik, psikolojik, sosyal sorunları vardır. Kronik hastalıklar hastayı etkilediği gibi ailesini de etkilemektedir (Barr et al. 2003; Haskett 2006; Schoen et al. 2010).

Kronik hastalıkla baş etme aslında tıbbi sorun ile baş etmeyi gerektirir, tedavi sürecine bağlılık hastalığın kontrol altında tutulmasında önemlidir. Kronik hastalığa sahip birey ve ailesi bu süreçle baş etmede temel bazı sorumluluğa sahiptir ve bu sorumluluk her geçen gün artabilmektedir. Kronik hastalıkların hastane ve toplum bakımına ve etkin bir işbirliğine ihtiyaç vardır. Bireylerin tanı, tedavi ve rehabilitasyon için ekonomik desteğe gereksinimi vardır (Barr et al 2003; Haskett 2006; Schoen et al. 2010). Araştırmalara göre kronik hastalıklar yeryüzünün her yerinde ölüm nedenlerinin başında yer alır. Kronik hastalıklara bağlı ölüm Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2020 yılında %75'e yükseleceği düşünülmektedir (Bilir 2006; İncirkuş ve Nahcivan 2011). Kronik hastalıklarda ölümler çoğunlukla hastalık esnasında oluşan komplikasyonlar nedeniyle gerçekleşmektedir. Kronik hastalıklar, fizyolojik fonksiyonlarda anormalleşme ve geriye dönmeyen değişikliklere sebep olmakta, yaşamın uzun bir sürecini kapsamakta, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektirmektedir. Bu nedenle de bireylerin yaşam boyu kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu alıp, sürdürmeleri gerektirmektedir (Türkmen 2012).

Kronik hastalıklarda remisyon ve alevlenme dönemleri vardır. Bu dönemler kendi içerisinde başlangıç, stabil, akut, geri dönüş, kriz, stabil olmayan, aşağı gidiş ve ölüm fazı olmak üzere yedi bölüme ayrılmaktadır. Başlangıç dönemi, hastalık tanısının konulduğu klinik belirti ve bulguların ortaya çıktığı dönemdir. Stabil dönemi, hastalık kontrol altında kalır. Böylece birey yaşamını normal bir şekilde sürdürmektedir. Akut dönem, hastalığın alevlenme dönemidir. Ciddi ve klinik semptom ve bulgular görülür; semptomlar tam olarak iyileşmeyebilir, hastanın ölümüne sebep olabilmektedir. Geri dönüş döneminde, akut döneminden daha iyi bir yaşam şekline geri dönülmektedir. Kriz fazında, hayati önem taşıyan bir kriz ortaya çıkar ve acil bakım yapılması gerekir. Sabit olmayan fazda, yaşam fonksiyonları etkilenmektedir. Bu dönemde gerekli tedavi yapılsa da semptomlar tam olarak kontrol altına alınmamaktadır. Aşağı gidiş döneminde, hastanın fiziksel fonksiyonlarında yetersizlik oluşur, genel durum giderek kötüleşmektedir (Türkmen 2012).

4.2. KRONİK HASTALIKLARDA UYUM SÜRECİ

Uyum, tüm tedavilerde başarının en temel unsurudur. Uyuma, itaat ve rıza gibi sözcüklere eşdeğer olan uyum sözcüğü; bağlılık, işbirliği, kendini ayarlama gibi anlamlara yani, tedaviye uyumun özelliklerini ortaya çıkarmaktadır (Oral ve ark. 2002).

Uyum, organizmayı çevresiyle bir arada ele alan biyolojik kökenli bir kavramdır. İnsan yaşamındaki her değişiklik uyum sürecini beraberinde getirir. İnsanın doğal çevreye uymasını ifade etmektedir. Buna göre yaşamak bir uyum sürecidir. Uyum süreci sırasında organizma karşına çıkan engellerin üstesinden gelmeye çalışır. Doğal çevreye uymayan organizmalar canlılığını kaybetmektedir (Erdoğan ve ark. 2005).

Uyum, hastanın sağlık profesyonelleri tarafından yapılan önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilir (Ervatan 2003). Hastalığa uyum, tüm kontrollere düzenli gitmeyi, tedavi planını devam etmeyi ve tamamlamayı, ilaçları düzenli kullanmayı, yaşam tarzında gerektiğinde değişiklik yapabilmeyi, tavsiye edilen davranış değişikliklerini yerine getirmeyi tanımlamaktadır (Ateş ve Algül 2006). Kronik hastalığı olan bireylerde, hastalığın süreçleri, tedavi işlemleri, kontrol kaybı, aile içindeki rollerin kaybı, sosyal ilişkilerde bozulma, seksüel yetenek kaybı, gelecek kaygısı, yaşamın anlam ve amacının kaybı, ölümden korkma, gibi kaygı ve korkular görülmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan 2010). Bireyin geçmiş hastalık deneyimleri, kişisel özellikleri, öğrenme kapasitesi, problem çözme yeteneği, baş edebilme yeteneği uyum sağlamasını etkileyen faktörlerdir. Hastalığa uyum için önemli olan bireyin hastalık sırasında fiziksel, sosyal ve psikolojik değişiklikleri tanıyarak uyumda etkili olan yöntemleri belirleyebilmesidir (Mete 2008; Karadakovan ve Eti Aslan 2010).

Kronik hastalıklarda kendi bakımına katılan, aktif bir hasta olmanın önemi büyüktür. Hastanın ne yapacağını bilmesi bunun yanında şuan ki durumu ile ilgili yetenek, ilgi, motivasyon ve yeterli güvene sahip olması bu duruma olanak sağlamaktadır (Wagner 2005). Kronik hastalıklar bireylerin yaşam tarzında değişkenlik yaratan bir durumdur. Bu durum hem hasta hem de hastanın ailesini yakından etkiler ve yaşamla ilgili yeni karar ve düzenlemeleri beraberinde getirmektedir. Kişinin aile içerisindeki rol kaybı, bir işte çalışamaması ve sakatlıklar hasta için psikososyal sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Tüm bu durum bireylerde hastalığa uyumu etkiler (Çınar 2009).

Bireylerin kronik hastalığa uyumu, geçmişteki hastalıkla ilgili deneyimleri, kaygıları, gelişimsel öyküsü, özgüveni, çevreyle ilişkisi, özellikle aile içi ilişkileri, benlik saygısı ve kayıp ile baş etmeyi etkileyen yaşam deneyimleri tarafından etkilenmekte ve buna göre şekil almaktadır. Kronik hastalığa sahip hastaların özgüven duygusu, benlik saygısı zedelenmiş durumdadır. Hastalığını nasıl algıladığı kişilik yapısı ile ilişkilidir (Fadıloğlu 2005; Jerant et al. 2005).

Kronik hastalıkla ilgili geçmişte deneyimi olan hastalar tedaviye uyumsuzluk, yaşam tarzındaki değişikliklere uyum sağlayamama gibi nedenlerle sık sık hastaneye yatabilmektedir (Ünsar ve ark. 2006). Kronik hastalıklar bireyin yaşamını olumsuz bir şekilde etkilemekte, bireye belli kurallara uyma ve belli bir yaşam tarzını benimseme zorunluluğu getirmektedir (Boulth and Carm 2008; Schoen et al. 2010). Hastalığa uyum aşamasında ve hastalığın ortaya çıkardığı sonuçlarda kronik hastalığın süresi, hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal çevresi, ailesi, ekonomik durumu, aldığı kurumsal veya resmi destek hizmetleri önemli faktörlerdir (Schoen et al. 2010).

4.3. KRONİK HASTALIKLARA UYUM MODELLERİ

Kuram, bilimsel bilginin ortaya çıkmasını sağlayan olayları açıklayan genel ilkedir ve kavramlar arasındaki ilişkiyi sağlamaktadır. Hemşirelik kuramları, hemşirelik girişimlerinin derinlemesine analizini yaparak hemşirelik uygulamalarını geliştirir. Kuram kullanımının temel hedefi bireylerin sağlık düzeylerini yükseltmek ve etkili hemşirelik girişimlerini uygulamaktır (Sönmez 2008). Hemşirelik modelleri soyuttur ve birey, çevre, sağlık ve hastalık kavramlarını nasıl tanımladığını gösterir. Hemşirelik uygulamalarına yön vererek, hemşireliğe bir bakış açısı getirir, hemşirelik girişimlerinde sistematik yaklaşımda bulunmayı sağlamaktadır. Bütün hemşirelik uygulamaları kavramsal modellere bağlıdır (Alligood and Tomey 2006; Cihangir 2007; Ay ve ark. 2007). Modeller hemşirelik uygulanması için temel bilgi sağlar. Kullanılan modeller verilerin tipini, tanıların nasıl konulacağını, hangi girişimlerin seçileceğini ve sonuçların nasıl değerlendirileceğini tanımlamaktadır (Gigliotti 2008; Mc Curry et al. 2010).

Kuram ve modeller hemşirelik girişimlerinde rehber olarak alınması, hemşirelerin tıbbi uygulamalara değil hemşirelik rolü ve uygulamalarına odaklanmasına yardımcı olmaktadır. Sağlık hizmetleri arasında uygulama farklılıklarını da ortadan kaldırmaktadır (Alligood 2006; Alligood and Tomey 2010).

Kronik hastalığı olan bireylerin bakım gereksinimlerinin değişkenlik göstermesi, bu bireylere verilecek bakımın bireye özel olma ihtiyacını getirmektedir. Kronik hastalara verilen bakımda kuram ve modellerin kullanımı ile hemşirelik bakımının belirli bir programda yapılmasına, birey ve ailesine bütüncül bakım verilmesine ve yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlamamaktadır (İnan ve ark.2013).

Hemşirelik araştırmalarında en çok kullanılan hemşirelik kuram ve modelleri (Üstün 2009):

Orem'in Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı; Dorethea Elizabeth Orem (2001) tarafından geliştirilmiştir. Öz bakım, öz bakım gücü, öz bakım eksikliği, hemşirelik sistemi gibi üç ayrı kuramın birleşiminden oluşmaktadır (Fawcett and Desanto-Madeya 2005). Kuram ayrıca altı çekirdek kavram olan öz bakım, terapötik öz bakım gereksinimleri, öz bakım gücü, öz bakım eksikliği, hemşirelik gücü ve hemşirelik sistemi gibi bir çevresel kavramı açıklamaktadır (Meneguessi et al. 2012). Birçok kronik hastalığın yönetiminde kullanılmıştır (Samancıoğlu 2010).

Sağlığı Geliştirme Model'i bireyin öz yeterlik düşüncesinin sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve devam edilmesinde önemli bir etken olduğu, bireyin özgeçmişini ve kendisine yönelik algısını değerlendirerek kişiye tam bir bakım sunmaktadır. Model bireyin genel sağlık durumunun iyileşmesini amaçlamaktadır (Pasinlioğlu 2011).

Neuman'ın Sistemler Modeli,1972 yılında oluşturulmuştur. Genel iyilik haline uyum sağlayan hastayı kapsamlı açık bir sistem olarak tanımlanmıştır. Kişilerin strese olan tepkisi ve hemşirenin bu stres tepkisine birincil, ikincil ve üçüncül düzeyde güvende tutulmasını sağlama yöntemiyle oluşturulmuştur. Model hemşirelik için sistem temelli, kavramsal bir yöntem sunmaktadır (Neuman and Fawcett 2002).

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli, Gordon tarafından 1982'de geliştirilmiştir. Hemşirelerin hasta bakımında bütüncül bir değerlendirme yapılması amacıyla geliştirilmiştir. Bireyin gereksinimlerini bütün fonksiyonel alanlarda incelemektedir. Kişilerin sorunlarına yönelik sergilediği baş etme yöntemlerini ve olumlu sağlık girişimlerini belirlemektedir (Gümüş ve ark. 2012).

Roper, Logan ve Tierney' e göre Hemşirelik Modeli, yaşam aktiviteleri, yaşam süresi, bağımlılık ya da bağımsızlık süreci, yaşam aktivitelerini etkileyen durumları, yaşamın bireyselleştirilmesi üzerine odaklanmaktadır. Tehlikesiz bir çevrenin sağlanması ve bunun devam ettirilmesi, kişiler arası ilişki, solunum, beslenme, eliminasyon, öz bakım ve giyim, vücut ısısı, hareket, çalışma, eğlenme, cinsellik, uyku, ölüm gibi faaliyetler modelin yapısını oluşturan etmenlerdir (Pektikin 2013).

Watson'ın İnsan Bakım Modeli; bakım ilişkisi, bakım durumu ve iyileştirici süreçlerinden oluşturmaktadır. Kişilerin rahat bir ortam da nasıl var olacağı, empatinin nasıl sunulacağına dair bilgileri içermektedir. Vaka yönetiminde; uygulanan basamaklar hemşirelik süreci basamaklarıyla da benzerlik göstermektedir bu nedenle hemşireler tarafından sık kullanılan bir yöntemdir (Özkan ve Okumuş 2012).

4.3.1. Roy Adaptasyon Modeli

Roy adaptasyon modeli, hemşire kuramcılarında Sister Callista Roy 1964 yılında oluşturulmaya başlanmış, 1970'li yıllarda uygulamaya konmuştur. Roy adaptasyon modeli, insanın çevresine uyumunu incelemiştir. Modelde kişi değişen dış uyarılarla sürekli etkileşimde bulunan ve buna uyum gösteren bir sistemdir (Fawcett 2005; Roy 2009). Bu model, sistem ve uyum kavramları üzerine odaklanır. Roy, kişiyi uyumu devam ettirmede rol oynayan kognatör ve regülatör başa etme mekanizmasına sahip bir sistem olarak tanımlamaktadır (Alligood and Tomey 2006).

Çevreden gelen uyarılar, fizyolojik, ben kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlanma biçimleriyle ilgili davranışsal yanıtları meydana getiren regülatör ve kognatör başetme sistemlerini meydana getirmektedir. Bireyin cevabı adaptasyon düzeyi ve uyarılara göre oluşmaktadır. Bunun sonucunda birey uyumlu davranışı ya da uyumsuz davranışı sergiler (Alligood ve Tomey 2006).

İç ve dış faktörlerden gelen uyarılar üç grupta incelenmektedir. Bunlar; Fokal Uyarılar, Kontekstüel Uyarılar, Rezidüel Uyarılardır (Roy 2009; Roy 2011a).

Fokal Uyarılar: Bireyin hemen yanıt verdiği ve uyum gösterdiği uyarılardır. (Roy 2009). Çevredeki birçok uyarı fokal olabilmektedir. Belli bir yerde rahatsızlığı olan birey için odak uyarı o bölgededir. Hemşire kişinin bu problemini saptayarak ona yönelik hemşirelik girişimlerini planlar ve uygular (Roy 2011a).

Kontekstüel Uyarılar: Bireyin davranışını etkileyen tespit edilebilen tüm uyarılardır (Roy 2009; Roy 2011b). Başka bir deyişle, kişinin iç veya dış çevresinde meydana gelen uyarılardır. (Alligood and Tomey 2006).

Rezidüel Uyarılar: Kişinin kendinin farkında olmadığı uyarılardır. Rezidüel uyarılar, bireyleri etkileyen yada etkilemeyen çevresel uyarılardır. Bireyi etkileyen ve objektif olarak ölçülemeyen uyarılar rezidüel uyarılardır. İnanç, kişisel deneyimler, davranışlar rezidüel uyarılara örnektir (McEven and Wills 2006). Sağlık profesyonelleri hastaya bakım verirken, bireyi neyin etkilediğine bakarak, olası uyarıları göz önünde tutmalıdır (Hannon 2008).

4.3.1.2. Adaptasyon Düzeyi

Adaptasyon düzeyi, kişinin çevreden gelen uyarılara olumlu yanıt verme yeteneğini göstermesidir. Bireylerin uyum düzeyleri devamlı olarak farklılık göstermektedir. Uyarılara olumlu ve uyumlu olarak yanıt verme uyarının tipine ve bu uyarıların o anda birey üzerindeki etkileşimiyle bağlantılıdır. Kişi uyarılara karşı baş etme mekanizmalarından yararlanır. Doğuştan gelen ve sonradan kazanılan baş etme mekanizmaları regülatör ve kognatör alt sistem olmak üzere ayrılır (İşbir 2010).

4.3.1.3. Regülatör Alt-Sistem

Bireyler sorunlarını nörol ve endokrin sistemi ile otomatik olarak algılar ve çözüm üretir. Örneğin doğum yapan bir kadın, regülatör alt-sistemini kullanır.

Doğum sürecinde, meydana gelen fizyolojik süreçler doğumu oluşturmak için endokrin ve merkezi sinir sistemi aktivitesini başlatır ve doğum eylemi meydana gelmektedir (Roy 2009).

Regülatör ve kognatör alt-sistem fizyolojik alan, benlik kavramı alanı, karşılıklı bağlanma ve rol fonksiyon alanlarından oluşmaktadır (Roy 2009).

Fizyolojik Alan: Çevreden gelen uyarılara karşı kişinin bedensel olarak verdiği cevaplardır. Beş temel fizyolojik gereksinimi; havalanma, beslenme, boşaltım, aktivite, dinlenme, korunma gibi gereksinimleri ifade etmektedir. Dört süreç ise duyular, sıvı elektrolit, nörolojik fonksiyon, endokrin fonksiyonları içeren kişinin fizyolojik bütünlüğü ile ilişkili uyum alanlarıdır (Roy 2009; Roy 2011a). Uyarılar başa çıkma mekanizmalarını harekete geçirmektedir. Başa çıkma mekanizmaları fizyolojik işlevleri yerini getirme ile ilgilidir ve uyarılara yönelik uyum sağlanıp sağlanmadığını gösteren kişinin ortaya çıkardığı beden tepkileridir (Roy 2009; Pektekin 2013).

Ben ve Benlik Kavramı Alanı: Benlik Kavramı, kişinin fizyolojik ve mental görünüşleri ile kendisi ve çevresi hakkında edindiği inanç ve duygularının birleşimidir. İki temel bileşeni vardır. Bunlar fiziksel ben ve kişisel ben bileşenleridir. Fiziksel ben; kişinin beden imajı, görünüm, duygu, düşünceleri üzerine odaklanmaktadır. Kişisel ben ise; inanç, davranış, ahlaki değerler, hedefler ve bunlara uyum sağlamasıdır (Roy 2009; Pektekin 2013).

Rol Fonksiyonu Alanı: Rol fonksiyon alanı kişinin toplumdaki yeri ve toplumun beklediği davranışları göstermesidir. Roy'a göre kişilerin benimsediği üç türlü rol vardır. Birincil rol kişinin yaşamındaki temel davranışlarıdır. İkincil Rol birincil rol ve gelişimsel durum ile ilgili görevlerin bileşimidir. Üçüncül Rol ise kişinin seçimine bağlı rolleridir (Velioğlu 1999; Roy 2009). Bu rolleri örnekle açıklayacak olursak; birincil rol, anne, baba, eş, ikincil rol öğretmenlik, futbol oynamak gibi hobiler üçüncül role girmektedir.

Karşılıklı Bağlılık Alanı: Kişilerin değer verdiği bireylerle ve destek aldığı kişilerle olan ilişkiler üzerinde durmaktadır. Bağlılık, sevdiği bireyler ile olan yakın ilişkileri, kendi bakımı için destek ve onaylamak anlamına gelmektedir. Karşılıklı bağlanma, "alma ve verme" arasında bir denge olarak görülmektedir. Birey bu dönemde doyum ve sevgi gibi gereksinimlerini karşılamaktadır (Roy 2011a).

4.3.1.4. Kognatör Alt-Sistem

Kognatör alt sistem, fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri içeren dış ve iç uyaranlara etki etmektedir. Yeni bir şeyler öğrenme, olaylarla ilgili karar verme ve duygusal yolla ile yanıt oluşturan baş etme mekanizmalarıdır. Anksiyeteden kurtulma, kararlar alma, yeni bağlılıklar kurma gibi durumlarda aktif olmaktadır. Stres durumunda stresle baş edebilmek için dikkati başka yöne çevirme örnek oluşturabilir (McEven and Wills 2006; Hannon 2008; Roy 2009).

Roy Adaptasyon Modeline göre insan, çevre, sağlık ve hemşirelik temel kavramlardır (Roy 2009).

İnsan: Roy'a göre birey çevresi ile sürekli etkileşim ve iletişim halinde olan bir varlıktır ve çevresindeki değişikliklere uyum mekanizmaları ile baş etmeye çalışmaktadır.

Modelde birey, iç ve dış uyaranlara cevap veren bir mekanizma olarak tanımlar. Uyaranlara olumlu yanıt verme uyum, olumsuz yanıtlar verme uyumsuzluk olarak tanımlamaktadır. Hemşirelik girişimlerin amacı olumlu uyumu sağlamaktır (Fawcett 2002; Fawcett 2005; Lee et al. 2011; Clarke et al. 2011; Barone et al. 2008; Fawcett 2011).

Çevre: Modele göre insan çevresiyle sürekli etkileşim halindedir. Birey çevreden gelen tüm uyarlardan etkilenirken çevresini de etkiler ve bulunduğu ortama uyum sağlamaya çalışmaktadır. Roy, iç ve dış değişikliklere uyum sağlama yeteneğine bireyin doğuştan sahip olduğunu aynı zamanda uyum sağlama yeteneğinin kısıtlı olduğunu savunmaktadır. Birey iç ve dış uyaranlara uyum göstermesi çevresel değişimler ve kişilerin baş edebilme kapasitesine göre sağlamaktadır. Bireyin yaşadığı deneyimler ve olayları algılama şekli uyum yeteneğinin şekillenmesinde etkili faktördür ve uyum yeteneğini geliştirilebilir olduğunu savunmaktadır (Lee et al 2011; Fawcett 2005; Clarke et al. 2011).

Sağlık: Roy 'a göre sağlık, insan varlığının en temel amacıdır. Sağlık, bütünlüğün sağlanması olarak da tanımlanmaktadır. Bireyin sağlığını sürdürülebilmesi için yeterli güç ve kabiliyete sahip olması gerekmektedir (Lee et al. 2011; Clarke et al. 2011).

Bireyin çevredeki uyaranlara uyumu, fiziksel, ruhsal ve sosyal bütünlüğün sürdürülmesiyle sağlamaktadır. Bütünlüğün bozulması, hastalık olarak tanımlanmaktadır. Hastalık, bireylerin uyaranlara uyum sağlayamaması, gücü ve enerjisinin yetersiz olması ya da uyaranların baş edemediği kadar yoğun ve büyük olması ile ilgilidir (Lee et al. 2011; Clarke et al. 2011).

4.4. KRONİK HASTALIĞA UYUMDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Bireyin sorunları ile baş etmesi ve hastalığa uyumunda hemşirelere büyük görev düşmektedir. Sağlık çalışanları içindeki hemşireler, kronik hastalıkların kontrolünde lider rolünü üstlenen sistemin önemli üyeleridir. (ICN 2010). Hemşireliğin temel alanı insandır ve hemşirelik uygulamaları insan, sağlık ve hastalıkla yakından ilişkili kuram ve modellerin bilinmesini öngörmektedir (Biol 2004).

Kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımda kuram ve modellerin kullanımı; hemşirelik bakımının sistemli yapılmasını, birey ve ailesine kapsamlı bakım verilmesine ve yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktadır (İnan ve ark. 2013). Model kullanımı ile kavramlar arasındaki ilişki belirlenir ve uygulamadaki sorunların tanımlanmasını, çözüm önerilerinin yenilenmesi sağlanmaktadır (Fawcett 2005).

Sağlık profesyonelleri içerisinde hemşireler kişilerin sağlık ve hastalık durumunda çevresindeki uyaranlara adaptasyonunu sağlamada ve geliştirmede önemli bir yere sahiptir (Fawcett 2005). Hemşirelik girişimlerinin amacı, uyaranlarla mücadele edebilmesi için bireyin başa çıkma mekanizmalarını ortaya çıkarmak ve bunu güçlendirmektir. Birey çevredeki uyaranlarla baş ettiğinde uyum düzeyi artar ve uyumsuz davranışları uyumlu davranışa dönüşebilmektedir (Roy 2009). Dawson'a (2000) göre Roy' un Adaptasyon Modeli'nin amacı, bireylerin sağlık ve hastalık durumlarında adaptasyonunu hızlandırmak, geliştirmek ve adaptasyon düzeyini arttırmaktır (Dawson 2000). Modelde dört uyum alanı vardır bunlar; fizyolojik alan, benlik kavramı alanı, rol fonksiyonu alanı ve karşılıklı bağlılık alanlarıdır. Hemşireler bu uyum alanlarında bireylere yardımcı olmaktadır. Fizyolojik alan; egzersiz, dinlenme, beslenme, boşaltım, dolaşım, sıvı-elektrolit, nörolojik ve endokrin fonksiyonları içermektedir.

Benlik kavramı alanı; beden imajı, benlik kavramı gibi psikolojik bütünlük ile ilgili temel ihtiyaçlara odaklanmaktadır. Rol fonksiyonu alanı; toplum tarafından bireylere biçilen rollerdir. Anne baba olma gibi roller rol fonksiyon alanlarını kapsar. Karşılıklı bağlılık alanı; sevgi, saygı, değer görme ve ilişkilerdeki etkileşimi içermektedir (Freeman 2006; Roy 2009; Tomey 2002).

Yaşam sürekli değişkenlik gösterir ve uyum rahat bir yaşam için gerekli bir süreçtir. Hemşire, uyumsuz ya da etkisiz davranışı bulmalı ve etkili hemşirelik uygulamaları ile bireyin adaptasyonunu sağlamaya çalışmalıdır. Hemşire bireylerin sorunlarına yönelik çözüm yolları üretmeli ve kişilerin nasıl bir uyum sağlaması gerektiğini bilmeli, dört uyum alanının her birinde uyumu geliştirmek, uyarıların etkisini azaltmak veya ortadan kaldırmaya yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Kronik hastalıklara karşı mücadelede hemşireler bireyleri hastalıklardan korumada değil, bireyin bakımında da önemli rol oynarlar (Lee 2011; Clarke et al. 2011). Roy'a göre Hemşire öncelikle bireyin uyumsuz davranışına neden olan etmenleri belirler, sonrasında uyarıların üzerinde etkili olabilecek girişimleri planlar, uygular ve etkinliğini değerlendirir (Roy 2009).

Hemşireler, bireyler iç ve dış uyarılara karşı uyum problemi yaşadıklarında müdahale etmesi gerekmektedir. Uygun olan hemşirelik girişimleri ile bireyin dört uyum alanına yönelik uyum sağlar ve bunu sürdürmesine yardımcı olurlar (Fawcett 2005; Clarke et al. 2011; Lee 2011). Hemşirelik hedefleri, Roy Adaptasyon Modeli'nin dört uyum alanının her birinde uyumu geliştirmektir. Hemşirelik girişimleri uyarıların etkisini azaltmak ya da ortadan kaldırmaya yönelik olmalıdır (Fawcett 2002; Lee et al. 2011; Clarke et al. 2011). Hemşirelik süreci yoluyla girişimler uygulanır ve değerlendirilir. Hemşirelik sürecinin birinci basamağı verilerin toplanmasıdır. Bu basamakta hemşire bireyin fiziksel ve psikososyal bütünlüğünün bozulduğu durumları gözlemler. RAM'ın birinci basamağında bireyin davranışları değerlendirilir. Uyum alanlarına göre davranışlar değerlendirilir sorun olan uyum alanı belirlenir (Clarke et al. 2011). Değerlendirme sürecinden sonra hemşirelik tanıları geliştirilir. Uyumsuz davranışların uyumlu davranışa dönüştürülmesi için uygun hemşirelik girişimleri geliştirilir ve uygulanır. Hemşirelik sürecinin sonunda hemşirelik girişimlerinin etkinliği değerlendirilir ve belirlenen sorunların çözümünde girişimlerin etkili olup olmadığı belirlenir (Lee et al 2011; Clarke et al. 2011).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma metodolojik ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ

Araştırma, Ocak 2017 – Mayıs 2018 tarihleri arasında, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi dahili birimlerde tedavi için yatan kronik hastalık tanısı almış hastalara uygulandı

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evreni; Ocak 2017 – Mayıs 2018 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde dahili birimlerde yatarak tedavi alan 6.199 hasta oluşturdu.

Metodolojik çalışmanın örneklemini araştırma kriterlerini karşılayan ve kronik hastalık tanısı alan 300 hasta oluşturdu. Araştırmacılar tarafından metodolojik araştırmalar için önerilen örneklem büyüklüğü, ölçek madde sayısının en az beş kat fazla olması gerektiği önerilmektedir (DeVellis 2014). Literatürde örneklem sayısını 200 kişi orta, 300 kişi iyi, 500 kişi çok iyi, 1000 ve üzeri kişiyi mükemmel olarak nitelendirilmektedir. Araştırmacılar genellikle örneklem sayısını, madde sayısının 5 ya da 10 katı olmasını öngörmektedir (Büyüköztürk 2008; DeVellis 2014). Yine literatürde güvenilirlik ve geçerlik analizlerinde örneklem sayısının ölçek toplam madde sayısının 5-10 katı sayıda kişinin alınmasını belirtmektedir (Esin 2014;

Tavşancıl 2014). Buna göre; ölçek madde sayısına göre örneklem sayısı 300 kişi olarak belirlendi (madde sayısı x 10)

Kesitsel çalışmada ise Power güç analizi yapılarak örneklem sayısının 200 olmasına karar verildi. Buna göre kesitsel çalışmanın örneklemini; araştırma kriterlerini karşılayan ve kronik hastalık tanısı alan 200 hasta oluşturdu.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- En az altı ay önce kronik hastalık tanısı alma,
- 18 yaş ve üzerinde olma,
- Okur-yazar olma,
- İletişim sorunu olmama,
- Psikiyatrik tanı almamış olma,
- Fiziksel engeli olmama,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmadır.

Araştırmanın dışlanma kriterleri:

- Soruları tam olarak yanıtlamama,
- Sıkılma ve araştırmadan çıkma,
- Soruları anlamamadır.

Hastalık tanısına göre örnekleme alınacak hasta sayısı aşağıdaki şekilde belirlendi (Tablo 5.3.1).

Tablo 5.3.1. 01/01/2016 – 01/12/2016 Tarihleri Arasında Yatan Hasta Sayıları

	Tanı Kodu	Hasta Sayısı	Örneklem Sayısı
Talesemi	D56	47	
Sekonder Hipertansiyon	I15	9	
Nefrotik Sendrom	N04	94	
Kronik Bronşit	J41	0	
Ritim ve İleti Bozuklukları	I25	1809	90
Kronik nefritik sendrom	N03	4	
KOAH	J44	441	22
Karaciğer Bozuklukları	K77	22	
Kalp Yetersizliği	I50	550	30
Gastroözafial Reflü	K21	205	10
Romatoid Artrit	M06	223	11
KBY	N18	782	42
Epilepsi	G40	480	24
Astım	J45	546	27
Eklem Romatizması Kalp Tutulumu İle Birlikte Olan	I01	3	
Eklem Romatizması	I00	1	
Karaciğer Sirozu	K73	270	13
Diyabet	E13	632	31
Toplam			300

Örneklem sayısı için, 01/01/2016 - 01/12/2016 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi hastanesi dahili birimlere yatan kronik hastaların sayısı belirlendi. Yatan hasta sayısının en fazla olduğu 10 kronik hastalık seçildi. Örnekleme alınacak hasta sayısı, ölçek madde sayısının on katı (30 madde sayısı x 10=300) olarak belirlendi. Yatan hastaların tanılarına göre orantı kurularak örnekleme alınacak kronik hastalıkların sayısı belirlendi.

5.4. ARAŞTIRMA SORULARI

1. Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği geçerli bir ölçek midir?

2. Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği güvenilir bir ölçek midir?
3. Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği' nin alt boyutları var mıdır?
4. Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği'nden alınan puanlar nasıldır?
5. Kronik hastalığa uyumu etkileyen faktörler nelerdir?

5.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Sosyodemografik özellikler, hastalık tanısı, tanı süresi, sigara, alkol kullanma durumu puan ortalamalarıdır.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği'nden alınan puan ortalamaları

5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplama aracı olarak; Hasta Tanıtım Formu ve Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği kullanıldı.

Hasta Tanıtım Formu (Ek 1): Araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtım formu yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, aile yapısı, mevcut hastalık, tanı süresi, sigara içme ve alkol kullanma durumu ile ilgili toplam 12 soru içermektedir.

Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği (Ek 2): Araştırmacı ve danışmanı tarafından literatür ve deneyimlere dayalı olarak hazırlanan bu ölçek; kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa uyumunu değerlendirmek üzere geliştirildi.

5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırma verileri; çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafs Sultan Hastanesi'nin dahili birimlerde yatarak tedavi alan kronik

hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak, soru cevap şeklinde araştırmacı tarafından dolduruldu. Her bir görüşme yaklaşık 35 dakika sürdü.

Araştırma verileri iki aşamada toplandı. 1. aşamada ölçek geliştirme aşaması, 2. aşama ise geliştirilen ölçeğin kronik hastalığı olan bireylere uygulanmasıdır.

1. Aşama: Metodolojik Çalışma:

Kronik Hastalığa Uyum Ölçeğini geliştirmede izlenen yollar aşağıda belirtilmiştir.

- Literatür taraması ve Roy Adaptasyon Modeli' nin incelenmesi,
- Ölçek için soru/madde havuzunun oluşturulması,
- Maddelerin uzman görüşüne sunulması,
- Kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesi,
- Uzman görüşleri doğrultusunda bazı maddelerin revize edilmesi,
- Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmasıdır (DeVellis 2003).

Yukarıda belirtilen ölçek geliştirme basamaklarından hareketle, Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği için ölçek madde havuzu hazırlandı. Madde havuzu için Roy Adaptasyon Modeli (RAM)' nden yararlanıldı. RAM' nin dört adaptif alanından yararlanarak madde havuzu hazırlandı. Bu alanlar; fizyolojik alan, benlik kavramı alanı, karşılıklı bağlanma, rol fonksiyon alanlarıdır. Bu adaptif alanlara uygun ölçeğin 30 soruluk taslak hali hazırlandı (Roy 2009). Ölçek RAM göre hazırlanarak oluşturulan bu ölçüm aracı ile adaptasyon düzeylerinin tüm alanlarının ölçülebilir olmasına olanak sağlamaktadır. Hazırlanan taslak ölçekte fizyolojik ihtiyaçlara yönelik 13, benlik kavramı alanına yönelik altı, rol fonksiyonu alanına yönelik beş ve karşılıklı bağlılık alanına yönelik altı soru bulunmaktadır.

Hazırlanan maddeler 11 uzmanın görüşüne sunuldu. Uzman görüşlerinin elde edilmesinde "Uzman Değerlendirme Ölçeği kullanıldı (**Ek 3**). Uzman değerlendirme formu aracılığıyla, uzmanlardan her bir maddeye ilişkin görüşlerini cevaplandırması istendi ve maddeler hakkında gerektiğinde açıklama yapmaları için her bir maddenin

karşısına önerileriniz bölümü açıldı. Ölçek maddeleri 1 ile 4 arasında puanlandırıldı. Uzmanların değerlendirme puanları Kendall W analizi ile belirlendi. Kendall W analizine göre uzman görüşleri arasında uyumun olduğu saptandı (Kendall's $W_a=0,91$) ve ölçeğin 30 maddeden oluşmasına karar verildi. Ölçek maddelerinin derecelenmesinde 1-Hiç katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Tamamen Katılıyorum olmak üzere beşli likert ölçek tipinde hazırlandı.

2. Aşama: Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği' nin uygulanması

Birinci aşamada geçerlik güvenirlik analizleri yapılan Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği dahili birimlerinde yatarak tedavi alan 200 kronik hastaya uygulandı.

5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin istatistiksel analizi Package for Social Sciences (SPSS) 21 paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında yapıldı. Veriler ortalama \pm standart sapma (SS) ve yüzde olarak gösterildi. Veriler %95 güven aralığında, $p<0,05$ düzeyinde anlamlı kabul edildi.

İki aşamada gerçekleştirilen araştırmada verilerin istatistiksel analizleri aşağıdaki gibi yapıldı.

1. Aşama metodolojik çalışma: Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği' ni geliştirme

Uzmanların değerlendirme puanları Kendall W analizi ile değerlendirildi ve uzman görüşleri arasında uyumun olduğu saptandı (Kendall's $W_a=0,91$). Ölçeğin 30 maddeden oluşmasına karar verildi.

Ölçeğin yapı geçerliğinin belirlenmesi amacıyla açımlayıcı faktör analizi (AFA), güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla Cronbach's alfa güvenilirlik katsayıları hesaplandı. Ölçeğin faktör analizine uygun olup olmadığını anlamak amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testi yapıldı. Güvenirlik analizi kapsamında Cronbach's Alfa, Spearman-Brown ve Guttman katsayıları hesaplandı. Geçerlik güvenilirlik analizleri Tablo 5.8.1'de özetlendi.

Tablo 5.8.1. Geçerlik-Güvenirlik Çalışması Yöntemleri

Geçerlik–Güvenirlik Çalışması	
Geçerlik Çalışması	
Kapsam geçerliği	Kapsam geçerlik oranı
Yapı geçerliği	Açımlayıcı faktör analizi
Güvenirlik Çalışması	
Ölçek iç tutarlığı	Madde analizi, Cronbach alfa katsayısı
Zamana karşı değişmezlik	Yarıya bölme tekniği

5.8.1. ÖLÇEĞİN GEÇERLİK-GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

5.8.1.1. Geçerlik

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmek istediği özelliği, doğru ölçebilme derecesidir. Ölçeklerin veya değerlendirilmek istenen kavramın geçerliği; İçerik/kapsam ve Yapı/Kavram geçerliği yöntemleri ile belirlenmektedir (Şencan 2005).

İçerik/kapsam geçerliği: Örneklem olarak belirlenen test veya ölçek maddelerinin belirli bir amaca yönelik olarak kavramsal ana kütle temsil etme derecesidir. Başka bir deyişle konuyla ilgili olmayan maddelerin ölçülmek istenen testten arındırılmasıdır. Başlıca aşamaları şunlardır; kavramsal yapı tanımlanır,

kavramsal yapıya ait boyutlar belirlenir, maddeler oluşturulur, ölçek uzman hakemlere sunulur ve matematiksel analizleri yapılır (Şencan 2005).

Yapı geçerliği: Hazırlanan ölçek maddelerinin istenen özellikleri ne derece doğru ölçtüğünü belirler (Tavşancıl 2002; Büyüköztürk 2005). Yapı geçerliğini belirlemede en çok kullanılan yöntem açımlayıcı faktör analizidir (Aksayan ve Gözüm 2003).

Açımlayıcı Faktör Analizi: Faktör analizi birçok değişkenin birkaç başlık altında toplanmasıdır (Büyüköztürk 2018). Faktör analizinde her bir ifadenin faktör yükünün >40 olması gerekmektedir (Büyüköztürk 2018). Örneklemin uygunluğuna Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerine bakılarak karar verilir. KMO katsayısının $0,60$ ' dan az olmaması gerekir. Barlett testinin anlamlı çıkması ölçekte bulunan maddelerin faktör analizi için uygun olup olmadığını gösterir. KMO katsayısı $0,60-0,70$ arasında ise zayıf, $0,70-0,80$ arasında ise orta, $0,80-0,90$ arasında ise iyi ve $0,90$ üzerinde ise mükemmeldir denebilir (Akgül 2005; Büyüköztürk 2018).

5.8.1.2. Güvenirlik

Test veya ölçek sonuçlarının kavramsal yapıya ilişkin olguyu doğru bir şekilde ortaya çıkarması; ölçüm aracı farklı yerlerde, farklı zamanlarda ve aynı ana kütleden seçilen farklı örnek kütlelerde uygulandığında benzer sonuçlar vermesi olarak tanımlanır. Güvenirliğin temel bileşenleri iç tutarlılık, istikrarlılık, temsil edicilik, eş değerlilik ve nesnelliktir (Şencan 2005). Güvenirliliği tespit etmek için kullanılan yöntemler aşağıda listelenmektedir.

İç tutarlılık analizi: Ölçek veya testteki maddelerin belli bir kavramsal yapıya sahip olması durumudur. Bu kavramsal yapı kendi içinde tek veya birden fazla boyutu içerebilir. İç tutarlılık, başka bir deyişle ister tek boyutlu olsun isterse çok

boyutlu olsun ölçek maddelerinin birbiriyle ilişkili bir şekilde aynı özelliği ölçüyor olmasıdır (Aksayan ve Gözüm 2003; Ercan ve Kan 2004; Şencan 2005).

Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı: Test puanları arasındaki iç tutarlılığı incelemek amacıyla ölçek maddelerine verilecek cevapların üç veya daha fazla olması durumunda Cronbach Alfa güvenirliliği hesaplanır. Ölçekte yer alan maddelerin varyans değerlerini dikkate alır. Cronbach alfa katsayısı maddelerin varyans toplamının genel varyansa oranının ağırlıklı standart değişim ortalaması ile belirlenir (Özdamar 2002; Büyüköztürk 2018). Cronbach Alfa analizi sonucunda elde edilen düzeltilmiş madde toplam korelasyon katsayısı 0,30 ve üzeri olan maddeler güvenilir maddelerdir. 0,20'nin altında olan maddelerin ölçme aracından çıkarılması gerekir. Güvenirlik katsayısı 0,70 ve üzerinde ise test puanları güvenilirdir (Büyüköztürk 2018).

Madde Analizi: Madde istatistikleri hesaplanarak, maddelerin hangi temel bileşenlere işaret ettiğini belirlemek, maddeleri etkileyen arka plandaki yapıyı ve değişkenleri ortaya çıkararak doğrudan teste konulabilecek maddelerin seçilmesi veya değişkenler arasındaki ilişkilerin niteliğini belirleyerek maddeler üzerinde yapılacak düzeltme çalışmalarının ne doğrultuda olacağını belirlemek amacıyla yapılır (Şencan 2005). Madde toplam korelasyonu 0,30 ve daha yüksek olan maddelerin iyi derecede ayırtıldığı ifade eder (Büyüköztürk 2018).

Yarıya Bölme Tekniği: “Spearman-Brown korelasyon değeri ve Guttman Split-Half değeri” Bir ölçme aracı ile toplanan verilerin tesadüfi yollarla ikiye bölünmesi ve bu parçaların puanlarının karşılaştırılması ile yapılan güvenirlilik belirleme işlemlerine yarıya bölme tekniği denir. Bu iki eş parçadan elde edilen puanlar birbiri ile ne kadar tutarlı olursa ölçme aracının güvenirliliği de o kadar yüksek olur”. Ölçek bir grup bireye uygulanır ve her iki yarımın puanları hesaplanır. Bu iki yarımın karşılaştırılmasıyla güvenirliliğin derecesi belirlenir (Ercan ve Kan 2004).

2. Aşama: Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği' nin uygulanması

Araştırmada elde edilen veriler ortalama \pm standart sapma ve yüzdelik olarak gösterildi. Normal dağılıma uyan parametrik verilerde; bağımsız iki grup karşılaştırmalarında bağımsız gruplarda t testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında ANOVA testi, değişkenler arasındaki doğrusal ilişkinin yönü ve kuvvetinin belirlenmesi için Pearson korelasyon testi kullanıldı

5.9. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma, verilerin tek bir hastanede ve tek bir bölgede toplanması nedeniyle araştırma sonuçları tüm kronik hastalara genelleyemez. Çoğu hastanın hastanede iki haftadan fazla yatırılmaması nedeni ile Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme leği' nin güvenilirlik çalışmasında zamana göre değişmezliği değerlendirmek için aynı gruba test-tekrar test çalışması yapılamamıştır.

5.10. ARAşTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın etik uygunluğu için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan etik onay alındı (**Ek 4**). Araştırmanın yapılacağı Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği ve Anabilim Dalı Başkanlıklarından yazılı izin alındı (**Ek 5**). Ayrıca araştırmaya alınan bireylere araştırmanın konusu, amacı ve araştırmadan sağlanacak yararlılıklar ile ilgili konularda bilgi verilip ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatıldı. Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ve evrensel etik ilkelere uyuldu. Bu doğrultuda, araştırmada aydınlatılmış onam, özerklik, gizlilik ve gizliliğin korunması, hakkaniyet, zarar vermeme, yararlılık esasları göz önünde tutuldu. İnsan haklarının korunması amacıyla çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu'na sadık kalındı.

6. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular iki bölümde yapıldı.

1. Metodolojik çalışma: Ölçek geliştirme çalışmasına yönelik bulgular
2. Kesitsel çalışma: Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği' nin uygulamasına yönelik bulgular

6.1. METODOLOJİK ÇALIŞMA: ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASINA YÖNELİK BULGULAR

6.1.1. İçerik/Kapsam Geçerliği Bulguları

Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği taslağı için madde havuzu oluşturuldu. Ölçek maddeleri kapsam geçerliliği açısından değerlendirilmek üzere 11 uzmanın görüşüne sunuldu. Uzmanlardan maddelerin anlaşılabilirliği ve konuya uygunluğunu değerlendirmeleri istendi. Maddelerin uygunluğunu değerlendirmek için her ifade 1 ile 4 arasında puanlandırıldı. Alınan geribildirimler doğrultusunda maddeler yeniden değerlendirilip, bazı ifadelerde değişiklikler yapılarak 30 maddelik taslak ölçek hazırlandı. Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği' nin maddeleri için uzman görüşleri arasındaki uyumun değerlendirilmesi amacıyla yapılan Kendall's W uyum analizi sonucunda uzman görüşleri arasında uyumun olduğu saptandı (Kendall's W = ,091), (Tablo 6.1.1.1).

Tablo 6.1.1.1. Kendall's W Uyuşum Analizi

Test Statistics	
N	11
Kendall's Wa	,091
Chi-Square	92,463
df	92
Asymp. Sig.	,467

6.1.2. Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

6.1.2.1. Kaiser-Maiker-Olkin ve Bartlett Testi Sonuçları

Ölçeğin faktör analizine uygunluğunun belirlenmesi amacıyla yapılan Kaiser-Maiker-Olkin (KMO) ve Bartlett testi sonuçları Tablo 6.1.2.1 de verildi.

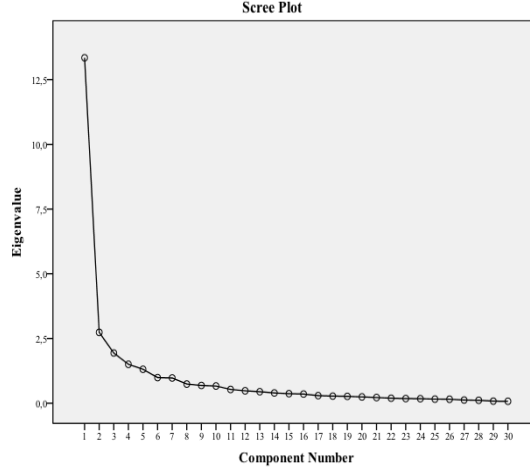
Tablo 6.1.2.1. Kaiser-Maiker-Olkin ve Bartlett Testi Sonuçları

KMO		0,915
	X^2	7598,563
Bartlett Testi	SS	435
	P	0,000***

Not: ***p<0,001.

Analiz sonucuna göre KMO değeri 0,500'den büyük ve Bartlett X^2 testi anlamlı bulundu (p<0,001). Buna göre ölçek örneklem büyüklüğüne uygundur. Maddeler arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilecek faktör sayısının alt boyutunun belirlenmesi amacıyla Scree Plot (yamaç birikinti) grafiği, öz değer ve varyans yüzdelerinden yararlanıldı.

Ölçeğin faktör sayısının alt boyutunun Scree Plot grafiği oluşturuldu (şekil1).



Şekil 1:Scree Pilot Grafiği

Şekil 1’de verilen faktörlere (alt boyutlara) ait öz değer (eigen value) çizgi grafiği (scree plot) incelendiğinde, iki faktörden sonra öz değerlerin yatay bir saçılım izlediği belirlendi. Açımlayıcı faktör analizinde öz değer 1,00 olarak alındı. Buna göre ölçeğin iki faktörden oluşmasına karar verildi. Faktör sayısının belirlenmesinin ardından maddelerin faktör yüklerinin belirlenmesi amacıyla analiz tekrar edildi (Tablo 6.1.2.2).

Tablo 6.1.2.2. Ortak Yük (Communalities) Değerleri

Madde	Toplam	Ortak
Madde.1	1,000	0,672
Madde.2	1,000	0,514
Madde.3	1,000	0,613
Madde.4	1,000	0,519
Madde.5	1,000	0,483
Madde.6	1,000	0,523
Madde.7	1,000	0,660
Madde.8	1,000	0,467
Madde.9	1,000	0,592
Madde.10	1,000	0,284
Madde.11	1,000	0,352
Madde.12	1,000	0,665
Madde.13	1,000	0,727
Madde.14	1,000	0,730
Madde.15	1,000	0,540
Madde.16	1,000	0,434
Madde.17	1,000	0,203
Madde.18	1,000	0,329
Madde.19	1,000	0,411
Madde.20	1,000	0,332
Madde.21	1,000	0,486
Madde.22	1,000	0,708
Madde.23	1,000	0,632
Madde.24	1,000	0,575
Madde.25	1,000	0,541
Madde.26	1,000	0,608
Madde.27	1,000	0,554
Madde.28	1,000	0,659
Madde.29	1,000	0,642
Madde.30	1,000	0,630

Tabloda maddelerin ortak bir faktördeki varyansı birlikte açıklama oranları yer almaktadır. Ölçeğin faktör yapısını belirlemek amacıyla Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) yapıldı. Analiz ile öncelikle maddelerin ortak yüklerine bakılıp ve ortak yükleri 0,30'dan küçük olan 2 madde bulundu. Bu maddeler 10. ve 17. maddeler olup ölçekten çıkarıldı. Açıklanan toplam varyanslar Tablo 6.1.2.3' de gösterildi.



Tablo 6.1.2.3. Açıklanan Toplam Varyans Tablosu

Faktörler	Başlangıç Öz değeri			Toplam Faktör Yükleri			Faktör yüklerinin döndürülmüş		
	Top	% Vary.	Küm. %	Top.	% Vary.	Küm %	Top	% Vary.	Küm. %
1	13,347	44,489	44,489	13,347	44,489	44,489	8,919	29,729	29,729
2	2,737	9,123	53,612	2,737	9,123	53,612	7,165	23,883	53,612
3	1,939	6,465	60,077						
4	1,502	5,006	65,083						
5	1,309	4,365	69,448						
6	0,989	3,298	72,745						
7	0,975	3,251	75,997						
8	0,740	2,466	78,463						
9	0,686	2,287	80,751						
10	0,664	2,214	82,964						
11	0,531	1,771	84,736						
12	0,479	1,596	86,332						
13	0,445	1,483	87,815						
14	0,395	1,317	89,132						
15	0,369	1,228	90,360						
16	0,354	1,179	91,539						
17	0,292	0,972	92,511						
18	0,275	0,916	93,427						
19	0,264	0,878	94,305						
20	0,243	0,811	95,116						
21	0,219	0,729	95,845						
22	0,193	0,642	96,486						
23	0,180	0,599	97,085						
24	0,173	0,578	97,664						
25	0,158	0,525	98,189						
26	0,153	0,510	98,699						
27	0,123	0,411	99,110						
28	0,113	0,378	99,488						
29	0,080	0,267	99,755						
30	0,073	0,245	100,000						

Ölçeğin faktör yapısını belirlemek amacıyla öz değeri bir alınarak gerçekleştirilen Temel Bileşenler analizi (Principal Component Analysis) sonucunda ölçeğin yük değerleri 44,489 ile 53,612 arasında değişen iki faktörlü bir yapı sergilediği bulundu. Toplam varyans miktarı ise %53,612 olarak hesaplandı. Bu sonucun ardından maddelerin diğer faktörlerdeki optimal yüklerini görmek amacıyla varimax dik döndürme (rotation) metodu kullanıldı (Tablo 6.1.2.4).



Tablo 6.1.2.4. KHUD Ölçeği'nin Dönüştürülmüş Bileşenler Matrisi

Maddeler	Bileşenler	
	Faktör 1	Faktör 2
Madde.1	0,802	
Madde.7	0,780	
Madde.3	0,778	
Madde.4	0,720	
Madde.2	0,717	
Madde.9	0,701	0,317
Madde.13	0,654	0,547
Madde.8	0,653	
Madde.23	0,633	0,480
Madde.22	0,633	0,555
Madde.12	0,626	0,523
Madde.6	0,625	0,363
Madde.5	0,604	0,345
Madde.24	0,603	0,459
Madde.11	0,533	
Madde.29	0,327	0,731
Madde.28	0,388	0,713
Madde.15		0,673
Madde.27	-0,334	0,665
Madde.16		0,655
Madde.30	0,476	0,635
Madde.14	0,572	0,635
Madde.21	0,351	0,603
Madde.25	0,423	0,602
Madde.26	0,501	0,597
Madde.19		0,570
Madde.20	0,320	0,480
Madde.18	0,323	0,473
Madde.10	0,368	0,385
Madde.17	0,303	0,334

Varimax Dik Döndürme Tekniği kullanılarak maddelerin faktörlere dağılımına bakıldığında madde 10 ve madde 17 faktör yük değerinin 0,40' dan küçük olması; temel bileşenler analizinde de aynı maddelerin iki farklı değerinin 0.10 dan küçük olması nedeniyle bu iki madde ölçekten çıkarılarak ölçeğin 28 maddeden oluşmasının uygun olduğu belirlendi. Bu işlemlere bağlı olarak ölçeğin iki faktör altında toplandığı görölmektedir.

Açımlayıcı faktör analizinde iki faktör saptandı ve maddelerin içerikleri dikkatte alınarak boyutlara isim verilmeye çalışıldı.

6.1.3. Cronbach Alfa, Madde analizi, Guttman Split-half ve Spearman-Brown Güvenirlik Analiz Sonuçları

Ölçeğin güvenirlik çalışmasında, iç tutarlılık analizlerindeki Cronbach Alfa, Madde analizi, Guttman Split-half ve Spearman-Brown Güvenirlik katsayı sonuçları Tablo 6.1.3.1 de verildi.

Tablo 6.1.3.1. Maddelerin Faktör Yükleri ve Açıklanan Varyans Oranı

Boyut	Madde	Faktör Yükü	Açıklanan Varyans Oranı	Cronbach Alfa	Spearman- Brown	Gutman
Alt Boyut 1	Madde1	0,806				
	Madde7	0,786				
	Madde3	0,782				
	Madde.4	0,721				
	Madde.2	0,717				
	Madde.9	0,711				
	Madde13	0,670				
	Madde.8	0,659	32,136	0,943	0,874	0,873
	Madde22	0,651				
	Madde23	0,649				
	Madde12	0,642				
	Madde 6	0,636				
	Madde24	0,618				
	Madde.5	0,616				
	Madde11	0,534				
Alt Boyut 2	Madde29	0,723				
	Madde28	0,702				
	Madde15	0,692				
	Madde27	0,687				
	Madde16	0,656				
	Madde14	0,613				
	Madde30	0,612				
	Madde26	0,586				
	Madde21	0,586	23,697	0,895	0,863	0,863
	Madde25	0,585				
	Madde19	0,558				
Madde18	0,477					
Madde.20	0,473					
			55,833	0,949	0,975	0,974

Analiz sonucuna göre ölçeğin birinci alt boyutu; faktör yükleri 0,534 ile 0,806 arasında değişen 15 maddeden oluştuğu, alt boyut maddelerinin toplam varyansı açıklama oranı %32,136 olarak hesaplandığı ve güvenilirlik değerlerinin yüksek olduğu bulundu. Ölçeğin ikinci alt boyutu; faktör yükleri 0,473 ile 0,723 arasında değişen 13 maddeden oluştuğu, alt boyut maddelerinin toplam varyansı açıklama oranı %23,697 olarak hesaplandığı ve güvenilirlik değerlerinin yüksek olduğu bulundu. İlk boyutta yer alan maddeler genel olarak fonksiyonel uyumu ölçen maddelerden oluşmakta, ikinci boyut ise psikososyal uyumu ölçen maddelerden oluşmaktadır.

Ölçek madde analizleri Tablo 6.1.3.2' de sunuldu.



Tablo 6.1.3.2. Tüm Ölçek İçin Madde Analizi

	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı	Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach Alpha
Madde.1	85,5500	454,750	0,664	0,947
Madde.2	85,4733	465,434	0,495	0,949
Madde.3	85,1233	462,162	0,604	0,948
Madde.4	85,2567	466,405	0,522	0,949
Madde.5	85,5200	455,434	0,656	0,947
Madde.6	85,8933	452,249	0,665	0,947
Madde.7	85,7867	453,205	0,697	0,947
Madde.8	85,8333	458,922	0,582	0,948
Madde.9	86,5467	450,991	0,690	0,947
Madde.11	85,3367	468,411	0,505	0,949
Madde.12	86,0000	443,692	0,774	0,946
Madde.13	86,0633	442,120	0,814	0,946
Madde.22	85,8333	446,547	0,818	0,946
Madde.23	85,9433	443,184	0,755	0,946
Madde.24	86,1233	447,092	0,722	0,947
Madde.14	85,6567	447,771	0,827	0,946
Madde.15	86,4767	468,317	0,254	0,953
Madde.16	85,8267	458,197	0,498	0,949
Madde.18	86,6000	463,746	0,538	0,948
Madde.19	86,5633	461,203	0,554	0,948
Madde.20	86,4067	462,918	0,516	0,949
Madde.21	86,1233	454,423	0,622	0,948
Madde.25	85,1900	458,690	0,678	0,947
Madde.26	85,7667	448,046	0,742	0,946
Madde.27	86,3100	470,623	0,220	0,953
Madde.28	85,7067	450,308	0,745	0,946
Madde.29	85,8667	450,537	0,716	0,947
Madde.30	85,7533	442,855	0,742	0,946

Kronik Hastalarda Uyum Değerlendirme Ölçeğinden madde 10 ve madde 17 çıkarıldığında; her bir maddenin diğer maddelerin toplamıyla olan korelasyonları 0.224 ile 0.827 arasında değişen değerlerle yüksek korelasyon katsayılarına sahip oldukları görüldü. Ölçeğin iç güvenilirlik katsayısı olan Cronbach alfa güvenilirlik

katsayısı ise 0,946 nın altında bir değer olmadığı güvenilirlik değerinin yüksek olduğu gözlemlendi.

6.1.4. Yarıya Bölme Analiz Sonuçları

Güvenirlilik çalışmasına yönelik olarak ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan Yarıya bölme tekniği analiz sonuçları tablo 6.1.4.1’de verildi.

Tablo 6.1.4.1. Yarıya Bölme Analizi

				Ortalama	S.S	T	p
Fonksiyonel Puanı	Alt	Boyut	Alt	35,42	6,56	-26,237	0,000*
			Üst	53,37	5,21		
Psikososyal Puanı	Alt	Boyut	Alt	34,79	6,95	-28,019	0,000*
			Üst	54,54	5,12		
Toplam Puan			Alt	70,33	13,38	-27,661	0,000*
			Üst	107,78	9,79		

***p<0,001

Analiz sonucuna göre; alt grup ile üst grup arasında Fonksiyonel Alt Boyut puanı, Psikososyal Alt Boyut puan ve toplam ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Buna göre; ölçeğin ve boyutların ayırt edici olduğu belirlendi.

6.2. KESİTSEL ÇALIŞMA: KRONİK HASTALIĞA UYUM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN UYGULAMASINA YÖNELİK BULGULAR

Kronik hastalığa uyumu değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, örnekleme oluşturan kronik hastalık tanısı alan 200 hastanın sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 6.2.1 de gösterildi.

Tablo 6.2.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=200)

Değişkenler		N	%
Yaş	(Ort ± SS.)	53,53 ± 16,19	(18-75)
Cinsiyet	Kadın	98	49,0
	Erkek	102	51,0
Eğitim durumu	Okur Yazar	27	13,5
	İlkokul Mezunu	71	35,5
	Ortaokul Mezunu	38	19,0
	Lise Mezunu	40	20,0
	Üniversite Mezunu	21	10,5
	Yüksek Lisans Mezunu	3	1,5
Medeni durum	Evli	133	66,5
	Bekar	67	33,5
	Emekli	54	27,0
Meslek	Ev Hanımı	37	18,5
	Memur	20	10,0
Çocuk sahibi olmadurumu	evet	144	72,0
	hayır	56	28,0
Aile yapısı	çekirdek aile	147	73,5
	geniş aile	22	11,0
	parçalanmış aile	31	15,5

Katılımcıların yaş (yıl) $53,53 \pm 16,19$ (18-75), %51,0'i erkek, %35,5'i ilkokul mezunu, %66,5'i evli ve %27,0'si emeklidir. Katılımcıların %72,0'sinin çocuğu bulunmakta ve %73,5'i çekirdek aile içinde yaşamaktadır (Tablo 6.2.1).

Hastalık tanıları, tanı süreleri, ilaç, sigara ve alkol kullanma durumları Tablo 6.2.2.' de gösterildi.

Tablo 6.2.2. Katılımcıların Hastalık Tanıları, Tanı Süreleri, İlaç, Sigara ve Alkol Kullanma Durumları (n=200)

	Değişkenler	n	%
Mevcut hastalık	Ritim ve İleti Bozuklukları	60	30,0
	Kronik Böbrek Yetersizliği	30	15,0
	Diyabet	21	10,5
	Kalp Yetersizliği	20	10,0
	Astım	18	9,0
	Epilepsi	16	8,0
	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	14	7,0
	Karaciğer Sirozu	8	4,0
	Romatooid Artrit	7	3,5
	Gastroözafageal Reflü	6	3,0
	24 ay ve daha az	41	20,5
Tanı süresi (ay)	36-48	31	15,5
	49-99	41	20,5
	100-200	60	30,0
	200 aydan fazla	27	13,5
İlaç kullanma durumu	Evet	166	83,0
	Hayır	34	17,0
Sigara içme durumu	Halen İçiyor	48	24,0
	İçmiş Bırakmış	57	28,5
	Hiç İçmeyen	95	47,5
Alkol kullanma durumu	Halen İçiyor	5	2,5
	İçmiş Bırakmış	26	13,0
	Hiç İçmeyen	169	84,5

Katılımcıların %30,0'unda ritim ve ileti bozukluğu hastalığı bulunmakta, %30,0'u 100-200 ay tanı süresine sahip, %83,0'ü ilaç kullanmakta, %47,5'i sigara içmemiş ve %84,5'i alkol kullanmamıştır (Tablo 6.3.2).

Katılımcıların Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeğinden aldıkları puanlar Tablo 6.3.3 de gösterildi.

Tablo 6.2.3. Katılımcıların Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçek Puanlarının Betimleyici İstatistikleri (n=200)

	Min.	Maks.	Ort. ±	S.S.	Çarpıklık	Basıklık
Fonksiyonel Alt Boyut Puanı	29	56	43,97	6,47	-0,08	-0,88
Psikososyal Alt Boyut Puanı	16	61	40,26	10,84	-0,20	-0,86
Toplam Ölçek Puanı	47	115	84,23	16,33	-0,18	-0,98

Katılımcıların; Fonksiyonel Alt Boyut puan ortalaması $43,97 \pm 6,47$, Psikososyal Alt Boyut puan ortalaması $40,26 \pm 10,84$, Toplam Puan ortalaması $84,23 \pm 16,33$ 'tür.

Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunun incelenmesi için çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplandı. Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli kabul edildi. Buna göre; ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği kabul edildi ve analizlerde parametrik yöntemler kullanıldı.

Katılımcıların yaş gruplarına göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 6.2.4 de verildi.

Tablo 6.2.4. Katılımcıların Ölçek Puanlarının İlişkisi

		F.Boyut Puanı	P.Boyut Puanı	Toplam Puan
Fonksiyonel Alt Boyut Puanı	R	1	,766**	,904**
Psikososyal Alt Boyut Puanı	R		1	,967**
Toplam Puan	R			1

** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ anlamlı ilişki var, $p > 0,05$ anlamlı ilişki yok

Korelasyon katsayısı güç düzeyleri; $0 < r < 0,299$ zayıf, $0,300 < r < 0,599$ orta, $0,600 < r < 0,799$ güçlü, $0,800 < r < 0,999$ çok güçlü.

Ölçek puanlarının ilişkisi için yapılan Pearson Korelasyon testi sonuçlarına göre Fonksiyonel Alt Boyut Puanı ile Psikososyal Alt Boyut puanı arasında pozitif yönlü güçlü, Toplam Puan ile arasında çok güçlü ilişki bulunmaktadır. Psikososyal Alt Boyut puanı ile Toplam Puan arasında pozitif yönlü çok güçlü ilişki bulunmaktadır.

Tablo 6.2.5. Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)

Yaş	r	p
Fonksiyonel Alt Boyut Puanı	0,028	0,696
Psikososyal Alt Boyut Puanı	-0,063	0,373
Toplam Puan	-0,031	0,663

Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği toplam puanları, Fonksiyonel Alt Boyut ve Psikososyal Alt Boyut puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmadı (Tablo 6.2.5).

Kadınlar ile erkekler arasında Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 6.2.6' da gösterildi.

Tablo 6.2.6. Katılımcıların Cinsiyet ve Medeni Durumlara Göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)

Cinsiyet		n	Ort. ±	S.S.	T	p
Fonksiyonel Alt Boyut Puanı	Kadın	98	43,86	6,64	-0,231	0,818
	Erkek	102	44,07	6,33		
Psikososyal Alt Boyut Puanı	Kadın	98	40,38	10,31	0,150	0,881
	Erkek	102	40,15	11,36		
Toplam Puan	Kadın	98	84,23	15,87	0,008	0,993
	Erkek	102	84,22	16,83		
Fonksiyonel Alt Boyut Puanı	Evli	133	43,87	6,11	-0,271	0,787
	Bekar	67	44,15	7,17		
Psikososyal Alt Boyut Puanı	Evli	133	40,67	11,07	0,768	0,453
	Bekar	67	39,45	10,38		
Toplam Puan	Evli	133	84,54	16,22	0,385	0,700
	Bekar	67	83,60	16,25		

Kadınlar ile erkekler arasında Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve alt boyut puanları açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.2.6). Evli ile bekarlar arasında Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve alt boyut puanları açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.2.6).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 6.2.7' de gösterildi.

Tablo 6.2.7. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)

Eğitim durumu	n	Ort.	±	S.S.	F	p
Fonksiyonel Alt Boyut Puan	Okuryazar ¹	27	38,96	5,33	37,020	0,000***
	İlkokul Mezunu ²	71	40,41	4,21		
	Ortaokul Mezunu ³	38	44,95	5,71		
	Lise Mezunu ⁴	40	48,65	5,66		
	Lisans, Yüksek Lisans M. ⁵	24	50,75	3,58		
Psikososyal Alt Boyut Puanı	Okuryazar ¹	27	34,37	8,82	14,304	0,000*
	İlkokul Mezunu ²	71	35,63	9,77		
	Ortaokul Mezunu ³	38	42,89	10,24		
	Lise Mezunu ⁴	40	44,83	10,28		
	Lisans, Yüksek Lisans M. ⁵	24	48,79	7,68		
Toplam Puan	Okuryazar ¹	27	73,33	13,11	24,012	0,000*
	İlkokul Mezunu ²	71	76,04	12,87		
	Ortaokul Mezunu ³	38	87,84	15,16		
	Lise Mezunu ⁴	40	93,48	14,85		
	Lisans, Yüksek Lisans M. ⁵	24	99,54	10,17		

Not: * $p<0,001$, Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ve iki alt boyut puanları için Posthoc tukey: 1=2<3<4<5**

Fonksiyonel Alt Boyut, Psikososyal Alt Boyut ve Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği toplam puanları açısından eğitim durumu grupları arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p<0,001$, $p<0,001$ ve $p<0,001$). Yapılan Posthoc Tukey analizine göre; lisans ve yüksek lisans mezunu olanların Fonksiyonel boyut puanı, Psikososyal boyut puanı ve Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği toplam puanı diğer eğitim gruplarından daha yüksek bulundu (Tablo 6.2.7).

Tablo 6.2.8. Katılımcıların Mesleğine Göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)

	Meslek	n	Ort. ±	S.S	F	p
Fonksiyonel Alt Boyut Puanı	Emekli ¹	54	43,89	5,71	5,610	0,000*
	Ev Hanımı ²	37	42,22	6,20		
	Memur ³	20	50,00	3,45		
	İşçi ⁴	10	45,50	5,99		
	Serbest Meslek ⁵	23	46,22	5,38		
	Çiftçi ⁶	20	41,65	4,96		
	Çalışmıyor ⁷	36	41,94	8,15		
Psikososyal Alt Boyut Puanı	Emekli ¹	54	38,87	10,24	8,462	0,000*
	Ev Hanımı ²	37	37,81	10,53		
	Memur ³	20	48,20	5,73		
	İşçi ⁴	10	47,60	9,94		
	Serbest Meslek ⁵	23	48,39	8,59		
	Çiftçi ⁶	20	37,25	9,36		
	Çalışmıyor ⁷	36	34,89	10,89		
Toplam Puan	Emekli ¹	54	82,76	15,17	7,915	0,000*
	Ev Hanımı ²	37	80,03	15,59		
	Memur ³	20	98,20	8,17		
	İşçi ⁴	10	93,10	14,52		
	Serbest Meslek ⁵	23	94,61	12,89		
	Çiftçi ⁶	20	78,90	13,69		
	Çalışmıyor ⁷	36	76,83	17,93		

* Not: *** $p < 0,001$, Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı için **Posthoc tukey:** 1=2=4=5=6=7<3, Fonksiyonel boyut için **Posthoc tukey:** 1=2=3=4=5=6=7<3 Psikososyal boyut için **Posthoc tukey:** 7<1=2=3=4=5=6.

Meslek grupları için yapılan ANOVA testi sonuçlarına göre; meslek grupları arasında Fonksiyonel Alt Boyut, Psikososyal Alt Boyut ve Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği toplam puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p < 0,001$, $p < 0,001$ ve $p < 0,001$). Yapılan Posthoc Tukey analizine göre; memurların Fonksiyonel Alt Boyut puanları diğer meslek gruplarından daha yüksek bulunurken, bir işte çalışmayanların Psikososyal Alt Boyut puanı diğer meslek gruplarından daha düşük bulundu. Memurların Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği toplam puanı diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulundu (Tablo 6.2.8).

Katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumlarına göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 6.2.9 de gösterildi

Tablo 6.2.9. Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)

Sigara/Alkol kullanma durumu	n	Ort. ±	S.S.	F	p	
Fonksiyonel Alt Boyut Puanı	Halen sigara içiyor	48	42,73	5,70	2,003	0,138
	Sigara içmiş bırakmış	57	45,23	6,23		
	Hiç sigara içmemiş	95	43,83	6,89		
Psikososyal Alt Boyut Puanı	Halen sigara içiyor	48	37,29	10,53	3,483	0,033*
	Sigara içmiş bırakmış	57	42,82	12,01		
	Hiç sigara içmemiş	95	40,22	9,94		
Toplam Puan	Halen sigara içiyor	48	80,02	15,31	3,234	0,042*
	Sigara içmiş bırakmış	57	88,05	17,56		
	Hiç sigara içmemiş	95	84,05	15,67		
Fonksiyonel Alt Boyut Puanı	Alkol kullanıyor	31	43,61	6,26	-0,329	0,743
	Hiç alkol kullanmamış	169	44,03	6,52		
Psikososyal Alt Boyut Puanı	Alkol kullanıyor	31	39,52	12,17	-0,415	0,679
	Hiç alkol kullanmamış	169	40,40	10,61		
Toplam Puan	Alkol kullanıyor	31	83,13	17,75	-0,406	0,685
	Hiç alkol kullanmamış	169	84,43	16,10		

Sigara kullanma durumu farklı gruplar için yapılan ANOVA testi sonuçlarına göre; sigara kullanan, kullanmayan ve bırakan gruplar arasında Fonksiyonel Alt Boyut puanları açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$),

Psikososyal Alt Boyut puanı ve Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği Toplam puanı açısından istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p<0,05$ ve $p<0,05$). Diğerlerine göre sigara içip bırakmış olanların Psikososyal Alt Boyut puanları ve Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam puanları daha yüksektir (Tablo 6.2.9).

Alkol kullanma durumu grupları arasında Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam puanları ve alt boyu puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.2.9).

Hastalık tanısına göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 6.2.10' da gösterildi.



Tablo 6.2.10. Hastalık Tanısına Göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)

Mevcut hastalık	n	Ort. ±	S.S.	F	p
Ritim ve İleti Bozuklukları	60	44,10	5,88		
Kronik Böbrek Yetersizliği	30	42,53	7,10		
Diyabet	21	45,48	6,85		
Kalp Yetersizliği	20	43,75	6,36		
Fonksiyonel Alt Boyut Puanı				0,959	0,476
Astım	18	46,39	6,23		
Epilepsi	16	42,56	7,11		
KOAH	14	43,57	4,64		
Karaciğer Sirozu	8	40,88	9,31		
Romatooid Artrit	7	44,29	6,18		
Gastroözafageal Reflü	6	46,33	6,65		
Ritim ve İleti Bozuklukları ¹	60	39,55	9,81		
Kronik Böbrek Yetersizliği ²	30	39,03	13,15		
Diyabet ³	21	40,52	8,45		
Kalp Yetersizliği ⁴	20	38,95	11,98		
Psikososyal Alt Boyut Puanı				2,043	0,037*
Astım ⁵	18	47,17	6,97		
Epilepsi ⁶	16	36,13	9,19		
KOAH ⁷	14	39,64	10,24		
Karaciğer Sirozu ⁸	8	36,13	16,92		
Romatooid Artrit ⁹	7	49,71	9,11		
Gastroözafageal Reflü ¹⁰	6	43,17	9,99		
Ritim ve İleti Bozuklukları	60	83,65	14,35		
Kronik Böbrek Yetersizliği	30	81,57	19,90		
Diyabet	21	86,00	14,23		
Kalp Yetersizliği	20	82,70	17,60		
Astım	18	93,56	12,18		
Epilepsi	16	78,69	15,29	1,569	0,127
KOAH	14	83,21	14,27		
Karaciğer Sirozu	8	77,00	26,20		
Romatooid Artrit	7	94,00	14,12		
Gastroözafageal Reflü	6	89,50	15,12		

Hastalık tanısına göre Fonksiyonel Alt Boyut ve Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), Psikososyal Alt Boyut puanları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Yapılan Posthoc Tukey analizine göre; romatoid artrit tanısı olan katılımcıların Psikososyal Alt Boyut puanı diğer hastalık tanısı alan katılımcılardan daha yüksektir (Tablo 6.2.10).

Hastalık tanısına süresine göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 6.2.11' de gösterildi.

Tablo 6.2.11. Hastalık Tanı Süresine Göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)

Tanı süresi	n	Ort. ±	S.S.	F	p	
Fonksiyonel Alt Boyut Puanı	≤ 24 ay ¹	41	46,32	6,65	6,011	0,000***
	36-48 ay ²	31	47,35	6,70		
	49-99 ay ³	41	42,83	6,23		
	100-200 ay ⁴	60	42,28	5,67		
	≥ 200 ay ⁵	27	41,96	5,70		
Psikososyal Alt Boyut Puanı	≤ 24 ay ¹	41	45,12	10,18	5,664	0,000***
	36-48 ay ²	31	44,23	10,90		
	49-99 ay ³	41	39,37	10,54		
	100-200 ay ⁴	60	36,82	10,07		
	≥ 200 ay ⁵	27	37,33	10,37		
Toplam Puan	≤ 24 ay ¹	41	91,44	16,17	6,465	0,000***
	36-48 ay ²	31	91,58	16,40		
	49-99 ay ³	41	82,20	15,89		
	100-200 ay ⁴	60	79,10	14,49		
	≥ 200 ay ⁵	27	79,30	14,96		

Not: *** $p<0,001$. Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı için **Posthoc tukey: 3=4=5<1=2**, Fonksiyonel boyut için **Posthoc tukey: 3=4=5<1=2**, Psikososyal boyut için **Posthoc tukey: 3=4=5<1=2**

Tanı süresine göre katılımcıların Fonksiyonel Alt Boyut, Psikososyal Alt Boyut ve Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p<0,001$, $p<0,001$ ve $p<0,001$). Yapılan Posthoc Tukey analizine göre; tanı süresi 48 ay ve 48 aydan daha az olanların Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği toplam puanları, Fonksiyonel Alt Boyut puanı ve Psikososyal Alt Boyut puanı tanı süresi 48 aydan daha fazla olanlardan daha yüksektir (Tablo 6.3.11).

Sürekli ilaç kullanan ve kullanmayan katılımcıların Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği toplam puanları ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 6.2.12' de bildirildi.

Tablo 6.2.12. Sürekli İlaç Kullanan ve Kullanmayan Katılımcıların Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanları ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=200)

Sürekli İlaç kullanma durumu		n	Ort. ±	S.S.	T	p
Fonksiyonel Alt Boyut Puanı	Evet	166	43,34	6,51	-3,066	0,002**
	Hayır	34	47,00	5,40		
Psikososyal Alt Boyut Puanı	Evet	166	39,09	10,71	-3,465	0,001**
	Hayır	34	45,97	9,68		
Toplam Puan	Evet	166	82,43	16,31	-3,525	0,001**
	Hayır	34	92,97	13,53		

Not: ** $p<0,01$.

İlaç kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasında Fonksiyonel Alt Boyut, Psikososyal Alt Boyut ve Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği toplam puanları açısından istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p<0,01$, $p<0,01$ ve $p<0,01$).

Sürekli ilaç kullananlara göre kullanmayanların Fonksiyonel Alt Boyut, Psikososyal Alt Boyut ve Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği toplam puanları daha yüksektir (Tablo 6.2.12).

Sabit değişken olarak Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları alındığında etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 6.2.13' de verildi.

Tablo 6.2.13. Sabit Değişken Olarak Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanları Alındığında Etkileyen Faktörler (n=200)

Değişkenler	R	R ²	β	p
Fonksiyonel Alt Boyut Puanı	0,667	0,445		0,000***
Yaş			-0,159	0,026*
Eğitim Durumu			0,559	0,000***
Meslek			-0,161	0,011*
Tanı süresi			-0,46	0,432
Hastalık Tanısı			0,008	0,978
Psikososyal Alt Boyut Puanı	0,527	0,278		0,000***
Yaş			-0,241	0,003**
Eğitim Durumu			0,307	0,000***
Meslek			-0,177	0,014*
Tanı süresi			-0,123	0,066
Hastalık Tanısı			0,089	0,148
Ölçek Toplam Puan	0,607	0,368		0,000
Yaş			-0,223	0,004**
Eğitim Durumu			0,425	0,000***
Meslek			-0,181	0,007**
Tanı süresi			-0,100	0,110
Hastalık Tanısı			0,063	0,278

Yapılan lineer regresyon analizinde; yaş, eğitim durumu ve mesleğin Fonksiyonel Alt Boyut puanını %44, Psikososyal Alt Boyut puanını %28 ve Kronik

Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği toplam puanını %37 etkilediği belirlendi (Tablo 6.2.13).



7. TARTIŞMA

Roy Adaptasyon Modeli' ne göre kronik hastalarda uyumu değerlendirmek amacıyla geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek ve bu ölçeği uygulamak amacıyla yapılan bu çalışmada bulgular iki başlık altında tartışıldı.

7.1. METODOLOJİK ÇALIŞMA: ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASINA YÖNELİK TARTIŞMA

Ölçek geliştirme çalışmasına başlamadan önce literatürdeki benzer çalışmaların olup olmadığı araştırıldı. Bu dönemde, literatürde kronik hastalıklarda uyum ölçeği "Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report= PAIS-SR) dışında bir ölçeğe rastlanmadı (Atık ve Karatepe 2016). Bu ölçek çalışmanın amacına uygun bulunmadığı için Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği geliştirilmesine karar verildi. Ancak, çalışma verileri toplanmaya başladıktan sonra Atık ve arkadaşları tarafından 02/2016 yılında Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği geliştirildiği fakat ölçeğin herhangi bir modele dayandırılarak hazırlanmadığı belirlendi. Bu nedenle, Roy Adaptasyon Modeli'ne göre Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği geliştirme çalışması yapıldı.

Ölçek geliştirme aşamasında ölçeğin öncelikle geçerlik analizleri yapıldı. Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmek istediği özelliği, doğru ölçebilme derecesidir. (Şencan 2005).

Bu çalışmada ölçeğin geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği kullanılarak değerlendirildi. Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği için ölçek madde havuzu hazırlandı. Maddeler Roy adaptasyon modeline göre hazırlandı. Roy, bireyin çevreye uyumu üzerine odaklanır. Temel hedefi sağlık ve hastalık durumlarında dört

uyum alanı olan fizyolojik ihtiyaçlar, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanı ile bireyin uyumunun sağlanmasıdır (Roy 2009).

Bu dört uyum alanı için hazırlanan maddeler 11 uzmanın görüşüne sunuldu. Uzman görüşleri arasındaki ilişki Kendall Uyuşum Katsayısı ile değerlendirildi. Her bir maddenin kapsam geçerliliği oranı (Kendall's $W = 0,091$) hesaplandı. Kendall uyumluluk katsayısı; ölçekte uzmanlar arası uyumluluğu değerlendirmek için kullanılır. Kendall's W ; 0 ile +1 aralığında değer alır ve 1 e yaklaştıkça uyumluluk artar (Tezbaşaran 2008). Bu analize göre ölçekte yer alan 30 maddeye ilişkin uzman görüşleri arasında uyum olduğu saptandı.

Ölçeğin yapı geçerliliği için açımlayıcı faktör analizi yapıldı, verilerin faktör analizi (AFA), için uygunluğu Kaiser Meyer Olkin (KMO) Katsayısı ve Bartlett küresellik testi ile incelendi. Örneklemenin uygunluğuna Kaiser Meyer Olkin (KMO) değerine bakılarak karar verilir. KMO katsayısının 0,60-0,70 arasında olması zayıf değerde olduğunu gösterir ve KMO katsayısı 0,50'den küçük ise faktör analize devam edilemez (Şencan 2005). Bartlett testi ölçekte bulunan maddelerin faktör analizi için uygun olup olmadığını gösterir. Bartlett testi yüksekse anlamlılık düzeyi artar (Şencan 2005). Ölçeğin faktör analizine uygunluğunun belirlenmesi amacıyla yapılan KMO ve Bartlett analiz sonucuna göre KMO değeri 0,915 ve Bartlett X^2 testi anlamlı bulundu. Bu sonuçlara göre; oluşturmak istediğimiz ölçek faktör analizine uygun olduğu görülmektedir.

Maddeler arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilecek faktör sayısının alt boyutunun belirlenmesi amacıyla Scree Plot (yamaç birikinti) grafiğinden yararlanıldı. Bunun için öz değer (eigen value) ve varyans yüzdeleri kullanılır (Çokluk ve ark. 2012).

Faktör elde edilmede öz değere göre faktör belirleme en çok kullanılan yöntemdir. Öz değeri 1 ve 1'den büyük olan faktörlerin değerlendirmeye alınır (Özdamar 2002). Buna göre; Ölçeğin faktör sayısının alt boyutunu belirlemek için Scree Plot grafiği oluşturuldu. Verilen faktörlere (alt boyutlara) ait öz değer çizgi grafiği (scree plot) incelendiğinde, iki faktörden sonra bir kırılma noktası görüldü, grafikte bu noktadan sonra hızlı bir düşüş gözlemlendi ve yatay bir saçılım izlendi. Buna göre ölçeğin iki faktörden oluşmasına karar verildi.

Madde analizi, bir ölçekte bulunan her maddenin ölçğe olan katkısını incelemek için yapılan çözümlenmelerdir. Madde seçmek, işlemeyen maddeleri çıkarmak veya düzeltmek için uygulanır. Bunun için Madde toplam puan korelasyonları kullanılır (Şenocak 2009).

Madde toplam korelasyon katsayısının 0,30'dan yüksek olması beklenir ve değerin negatif olmaması gerekir (DeVellis 2014; Tavşancıl 2014; Büyüköztürk 2018). Birden fazla faktör için yüksek yük değeri veren maddeler binişik madde olarak kabul edildiğinden değerlendirme dışı bırakılır. Yüksek yük değerleri arasındaki farkın 0,10 az olmaması gerekir (Büyüköztürk 2018). Çalışmada; faktör sayısının belirlenmesinin ardından maddelerin faktör yüklerinin belirlenmesi amacıyla Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) yapıldı. Analiz ile öncelikle maddelerin ortak yüklerine bakılıp ve ortak yükleri 0,30'dan küçük olan 2 madde bulundu. Bunlar 10. ve 17. maddelerdir. Bu aşamada amaç, değişkenler arasındaki ilişkileri en yüksek derecede temsil edecek az sayıda faktör elde etmektir.

Ölçeğin faktör yapısını belirlemek amacıyla öz değeri bir alınarak gerçekleştirilen Temel Bileşenler analizi (Principal Component Analysis) sonucunda ölçeğin yük değerleri 44,489 ile 53,612 arasında değişen iki faktörlü bir yapı sergilediği bulundu. Faktör analizi sonucunda ulaşılan varyans oranları ne kadar yüksek ise, ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olmaktadır ve %40 ile %60 arasında değişen varyans oranları ideal olarak kabul edilmektedir (Şencan 2005). Araştırmamızda elde edilen toplam varyans miktarının %53,612 olması sebebiyle ideal düzeyde olduğu söylenebilir. Bu sonucun ardından maddelerin diğer faktörlerdeki optimal yüklerini görmek amacıyla varimax dik döndürme (rotation) işlemleri gerçekleştirildi.

Varimax Dik Döndürme Tekniği kullanılarak maddelerin faktörlere dağılımına bakıldığında, madde 10 ve madde 17 faktör yük değerinin 0,40' dan küçük olması, temel bileşenler analizinde de aynı maddelerin iki farklı değerinin 0,10'dan küçük olması nedeniyle bu iki madde ölçekten çıkarılarak ölçeğin 28 maddeden oluşmasının uygun olduğu belirlendi.

Bu işlemlere bağlı olarak açılımlayıcı faktör analizinde ölçeğin iki faktör altında toplandığı ve maddelerin içerikleri dikkatte alınarak güvenilirlik analizlerinin yapılarak boyutlara isim verilmeye çalışıldı.

Test veya ölçek sonuçlarının kavramsal yapıya ilişkin olguyu doğru bir şekilde ortaya çıkarması; ölçüm aracı farklı yerlerde, farklı zamanlarda ve aynı ana kütlede seçilen farklı örnek kütlelerde uygulandığında benzer sonuçlar vermesi olarak tanımlanır. Güvenirliğin temel bileşenleri iç tutarlılık, istikrarlılık, temsil edicilik, eş değerlilik ve nesnelliktir (Şencan 2005). Ölçeğin güvenilirlik analizinde homojenliğini tespit etmek için iç tutarlılığına bakıldı. Ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek için madde-toplam puan korelasyonu ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısından yararlanıldı.

Cronbach Alfa analizi sonucunda elde edilen düzeltilmiş madde toplam korelasyon katsayısı; 0,30 ve üzeri olan maddeler güvenilir maddelerdir. Madde toplam korelasyon katsayısı 0,20'nin altında olan maddelerin ise ölçme aracından çıkarılması gerekmektedir (Büyüköztürk 2018).

Madde toplam puan korelasyon katsayısı çok düşükse ya da negatifse maddenin çıkartılması gerekir. Maddenin ölçekten çıkarılması halinde Cronbach Alfa katsayısındaki ve ortalamadaki değişim yeniden gözden geçirilir. Eğer madde ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısı yükseliyorsa o madde güvenilirliği azaltan ve ölçeğe dahil edilmemesi gereken bir maddedir (Şenocak 2009).

Çalışmadaki maddelerin faktör yükleri ve açıklanan varyans oranı ölçeğin fonksiyonel alt boyutu, faktör yükleri 0,534 ile 0,806 arasında değişen 15 maddeden oluştuğu fonksiyonel alt boyut maddelerinin toplam varyansı açıklama oranı %32,136 olarak hesaplandığı ve güvenilirlik değerlerinin yüksek olduğu bulundu. Ölçeğin ikinci alt boyutu; faktör Yükleri 0,473 ile 0,723 arasında değişen 13 maddeden oluştuğu, alt boyut maddelerinin toplam varyansı açıklama oranı %23,697 olarak hesaplandı. Buna göre, bu boyutta yer alan maddelerin tamamı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı Cronbach's Alfa 0,943 olarak hesaplandı. Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı yükseldikçe, ölçekte bulunan maddelerin birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliği kapsadığını gösterir. Güvenirlik katsayısının 1'e yakın olması güvenilirliğini arttırmaktadır (Şencan 2005).

Spearman-Brown ve Guttman iç tutarlılık katsayıları ise sırasıyla 0,873 ve 0,874 olarak bulundu. Ölçeğin Psikososyal Alt Boyutu, faktör yükleri 0,473 ile 0,723 arasında değişen 13 maddeden oluştuğu, alt boyut maddelerinin toplam varyansı açıklama oranı %23,697 olarak hesaplandığı ve Cronbach's Alfa 0,895 bulundu. Spearman-Brown ve Guttman iç tutarlılık katsayıları ise sırasıyla 0,863 ve 0,863 olarak bulundu. Güvenirlik katsayısının 0.70 ve daha üstünde olması test puanlarının güvenilirliği için yeterli bir sayıdır (Büyüköztürk 2018).

Güvenirlik katsayısını hesaplamada, yarıya bölme tekniği (Split half) kullanıldı. Ölçekte 28 madde bulunmakta olup ilk 1- 14 madde birinci yarıyı,14- 28 madde ikinci yarıyı oluşturdu. Alt Boyut 1 puanı, alt boyut 2 puanı ve toplam ölçek puanı açısından alt grup ile üst grubunda karşılaştırması ile yapılan t testi sonucuna göre alt grup ile üst arasında alt boyut 1 puanı, alt boyut 2 puanı ve toplam ölçek puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Buna göre; ölçeğin ve boyutların ayırt edici olduğu yorumu yapılabilmektedir. Bu sonuçlara göre; geliştirilen Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçme aracıdır.

Roy Adaptasyon Modeli fizyolojik alan, benlik kavramı alanı, karşılıklı bağlanma, rol fonksiyon alanlarını içerir (Roy 2009). Roy Adaptasyon Modeli'nin bu dört uyum alanı, oluşturduğumuz ölçekte ise iki başlık altında toplanmış, fonksiyon alan ve psikososyal alan olarak belirlenmiştir.

7.2. KESİTSEL ÇALIŞMA: KRONİK HASTALIĞA UYUM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN UYGULANMASINA YÖNELİK TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; hastaların yaş ortalaması $53,53 \pm 16,19$, %51'sinin erkek, %35,5'inin ilkokul mezunu, %66,5'inin evli ve %27,0'sinin emekli olduğu, %72,0'sinin çocuğu bulunduğu ve %73,5'i çekirdek aile içinde yaşadığı belirlendi.

Literatürde kronik hastalıklarla yapılan çalışmalar incelendiğinde; kronik hastalık tanısı olan hastaların 61 - 75 yaş arasında, çoğunun erkek, %73' ünün evli, %47,3'ünün okur-yazar, %49,5'inin emekli olduğu ve çoğunun çekirdek ailede yaşadığı bildirilmiştir (Ünsar ve ark. 2006; Callaghan 2005). Sosyodemografik özelliklere ilişkin bulgularımız literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Ölçek puanlarının ilişkisi için yapılan Pearson Korelasyon testi sonuçlarına göre; Fonksiyonel Alt Boyut puanı ile Psikososyal Alt Boyut puanı arasında pozitif yönlü güçlü, Toplam Puan ile arasında çok güçlü ilişki bulunmaktadır. Psikososyal Alt Boyut puanı ile Toplam Puan arasında pozitif yönlü çok güçlü ilişki bulunmaktadır.

Pearson korelasyon testi bağımsız iki nicel değişken arasındaki doğrusal ilişkinin yönünün ve kuvvetinin belirlenmesi adına kullanılır. Korelasyon katsayısı r olarak gösterilir ve iki değişken arasındaki ilişkinin ölçüsünü gösterir. -1 ile +1 arasında değer alır. Literatüre göre Korelasyon katsayısı güç düzeyleri; 0,26 – 0,49 Zayıf ilişki 0,50 – 0,69 Orta ilişki 0,70 – 0,89 Yüksek ilişki 0,90 – 1,0 Çok yüksek ilişki olarak belirlenir (Akgül 2003).

Ölçek puanlarının ilişkisi için yapılan Pearson Korelasyon testi sonuçlarına göre; Fonksiyonel Alt Boyut puanı ile Psikososyal Alt Boyut puanı arasında pozitif yönlü güçlü, Toplam Puan ile arasında çok güçlü ilişki bulunmaktadır. Psikososyal Alt Boyut puanı ile Toplam Puan arasında pozitif yönlü çok güçlü ilişki bulunmaktadır.

Pearson korelasyon testi bağımsız iki nicel değişken arasındaki doğrusal ilişkinin yönünün ve kuvvetinin belirlenmesi adına kullanılır. Korelasyon katsayısı r olarak gösterilir ve iki değişken arasındaki ilişkinin ölçüsünü gösterir. -1 ile +1 arasında değer alır. Literatüre göre Korelasyon katsayısı güç düzeyleri; 0,26 – 0,49 Zayıf ilişki 0,50 – 0,69 Orta ilişki 0,70 – 0,89 Yüksek ilişki 0,90 – 1,0 Çok yüksek ilişki olarak belirlenir (Akgül 2003).

Çalışmaya katılan hastaların %30'unda ritim ve ileti bozukluğu bulunduğu, %30'unun 100-200 ay tanı süresine sahip olduğu, %83'ünün ilaç kullandığı, %47,5'i sigara içmediği ve %84,5'i alkol kullanmadığı saptandı. Kronik hastalarla yapılan bir çalışmada en sık görülen kronik hastalık tanısının diyabet olduğu bildirilmiştir (Ünüvar 2004). Başka bir çalışmada ise en sık rastlanan kronik hastalık hipertansiyondur (Dolu ve Bilgili 2010). Buna göre; araştırma yapılan birimlere göre yatan hastaların tanı oranlarında değişkenlik olabileceği söylenebilir.

Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği toplam puanları, Fonksiyonel Alt Boyut ve Psikososyal Alt Boyut puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmadı. Yaş arttıkça kronik hastalık sayısında ve ciddiyetinde artma olması ve kronik hastalığa uyumun bozulması doğal bir süreç olarak değerlendirilebilir. Literatürde yaş ve uyum ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada; yaşlı hastaların hastalığa uyumunun yaştan etkilendiğini, yaş ilerledikçe hastalığa uyumun azaldığı bildirilmektedir (Jopp et al. 2008). Yapılan başka bir çalışmada; yaşlılarda Uyum Güçlüğünü Değerlendirme Ölçeği puanları değerlendirilmiş ve yaşlanma ile birlikte kronik hastalığa uyumun bozulduğu bildirilmiştir (Şişman ve Kutlu 2016). Çınar'ın yaptığı çalışmada; hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaş arttıkça psikososyal uyumun olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Çınar 2009). Diyabetli bireylerle yapılan diğer bir çalışmada ise bu sonuçların aksine genç hastaların hastalığa uyumlarının daha kötü olduğu bildirilmiştir (Demirtaş ve Akbayrak 2009). Yaşla birlikte kronik hastalıklar birtakım komplikasyonları da yanında getirir ve kişi yaşına göre farklı uyum süreci geliştirebilir. Genç hasta bu duruma daha kolay uyum gösterirken yaşlı hastalarda bu süreç zor olabilir. Aynı şekilde hastalığın tanısına göre genç hasta beden imajındaki değişikliklere daha zor uyum sağlarken yaşlı hastalarda bu süreç daha kolay olabilir. Bunun yanı sıra genç hastaların yaşamdan beklentilerinin daha yüksek olması nedeniyle hastalığa uyumlarının da daha iyi olması beklenebilir.

Çalışmaya katılan kadın ve erkek hastalar arasında Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Toplam ve alt boyut puanları benzer bulundu. Bu çalışma sonuçlarının aksine Şişman ve Kutlu (2016) yaptıkları çalışmada; erkek hastaların hastalığa uyum puanlarının kadın hastalara göre daha yüksek olduğunu bulmuştur (Şişman ve Kutlu 2016).

Eğitim durumu kronik hastalığa uyumu etkilen önemli bir faktördür. Yapılan Posthoc Tukey analizine göre; lisans ve yüksek lisans mezunu olanların Fonksiyonel Alt Boyut puanı, Psikososyal Alt Boyut puanı ve Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği toplam puanı diğer eğitim gruplarından daha yüksek bulundu Buna göre; eğitim düzeyi arttıkça kronik hastalığa uyumun arttığı söylenebilir. Eğitim düzeyi bireylerin hastalığa uyum düzeylerini etkileyen ve eğitim düzeyi arttıkça uyum düzeyinin arttığı farklı çalışmalarda da gösterilmiştir (Bakoğlu 2000; Callaghan 2005; Akın ve Durna 2006). Bunun yansıra, bazı çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça kronik hastalıkta öz bakım gücünün arttığı bildirilmiştir (Bakoğlu 2000; Callaghan 2005; Akın ve Durna 2006). Alınan eğitimlerin meslek kazandırması yanında bireylerin sorunlarına çözüm arama, hastalıkları konusunda daha fazla bilgi sahibi olma, yardım alma yöntemlerini geliştirme ve daha olumlu sağlık davranışları sergilemeye meyilli olmaları ile açıklanabilir.

Yapılan Posthoc Tukey analizine göre; memur olanların fonksiyonel uyum puanı en yüksek iken, çiftçilerin en düşüktür. Serbest meslek sahibi olan hastaların psikososyal uyum puanı en yüksek iken, çalışmayanların ise en düşüktür. Yapılan başka bir çalışmada ise bir işte düzenli çalışan hastaların psikososyal uyumu, çalışmayanlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur (Çınar 2009). Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan diyabetli hastaların hastalığa uyumunun daha iyi olduğunu belirtmiştir (Rameswarapu ve ark. 2011). Bireylerin meslek sahibi olması ve gelir düzeyinin artması tedaviye ulaşımını kolaylaştırdığı için tedaviye uyumun arttığı saptanmıştır (Brides ve ark. 2012). Bu sonuçlar, kentler de çalışan bireylerin sosyo ekonomik imkanlarının daha iyi olması, sağlık hizmetinden daha fazla yararlanabilmesi ve daha sosyal bir yaşam tarzı benimsemeleri ile ilişkili olabilir.

Çalışmaya katılan sigara içip bırakmış olan hastaların psikososyal uyumu sigara kullanan ve hiç kullanmayanlara oranla daha yüksektir. Bireyin sağlığına ve bakımına verdiği önemin, mevcut hastalığına bağlı olarak ve çevrenin verdiği destek sisteminin güçlü olması ile bireysel baş etmedeki beceri, istek ve gücünü kullanarak sigara kullanma alışkanlığını azalttığını söyleyebiliriz. Bu açıdan, sigara içip bırakan hastaların psikososyal uyumlarının daha iyi olması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Yapılan Posthoc Tukey analizine göre; diğer kronik hastalıklara sahip hastalara göre romatoid artritli hastaların psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu belirlendi. Bu analiz sonucuna göre, diğer kronik hastalıklara sahip bireylerin tedaviye uyumun ve psikososyal ihtiyaçların değerlendirilmesi, bu doğrultuda gereksinim duyulan alanların belirlenmesi ve desteklenmesi önerilebilir.

Yapılan Posthoc Tukey analizine göre; kronik hastalık tanı süresi kısa olan hastaların fonksiyonel uyumu ve psikososyal uyumu daha iyi iken, tanı süresi uzun olan hastaların daha kötüdür. Benzer şekilde, Arslan (2011) da yaptığı çalışmada; hastalık süresi arttıkça tedaviye uyumun azaldığını tespit etmiştir (Arslan 2011). Kronik hastalıkların bireylerin tüm yaşam alanını etkilemesi, yaşam tarzında değişiklik yapma zorunluluğu, sürekli kullanılan ilaç tedavileri ve sağlık kontrollerinin bir süre sonra bıkkınlık yaratması nedeniyle hastalığa uyumu zorlaştırdığı düşünülmektedir.

Tıbbi tedavide ilaç kullanımının yeri çok önemlidir. Kronik hastalığı olan bireylerin ilacı gerektiği zaman ve gerektiği şekilde kullanması yaşamsal bir önem taşımaktadır (Göçgeldi ve ark.2008). Çalışmamızda sürekli ilaç kullanan ya da hiç kullanmayan kronik hastaların hastalığa uyumu incelendiğinde; hiç ilaç kullanmayan hastaların fonksiyonel ve psikososyal uyum puanları sürekli ilaç kullanan hastalardan daha yüksektir. Yapılan başka bir çalışmada bir günde alınan ilaç sayısı arttıkça ilaca uyumun azaldığını, tek ilaç kullanımının daha az yan etkiye sebep olduğunu ve ilaca uyumun daha kolay olduğunu belirtmiştir (Wu et al. 2008). Bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Tek ilaç kullanma ya da hiç kullanmama, ilaç yan etkilerin olmamasını ya da daha az olmasını sağlayabilir, dolayısıyla tedavinin birey tarafından kabul edilebilir ve bireyin yaşam tarzında değişikliğe sebep olmamasına bağlı olarak bireylerin hastalığa uyum puanlarının daha yüksek olmasını açıklayabilir. İlaç kullanan hastaların ise sahip oldukları hastalık sayısının fazlalığı, hastalık seyrinin daha ağır olması, ilaç yan etkileri gibi durumlara bağlı olarak yaşadıkları sıkıntılarının daha fazla olması hastalığa uyum puanlarını negatif yönde etkilemiş olabilir. Yapılan linear regresyon analizinde; yaş, eğitim durumu ve mesleğin Fonksiyonel Alt Boyut puanını %44, Psikososyal Alt Boyut puanını %28 ve Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği toplam puanını %37 etkilediği belirlendi.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Roy Adaptasyon Modeli'ne göre kronik hastalığa uyumu değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek ve uygulamak amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar;

- Roy adaptasyon modeline göre geliştirilen Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği' nin geçerlik ve güvenilirliği yüksek düzeyde olan bir ölçüm aracı olduğu.

- Ölçeğin 28 madde ve iki alt boyut (Fonksiyonel Alt Boyut ve Psikososyal Alt Boyut) içerdiği,

- Eğitim düzeyi arttıkça kronik hastalığa uyumun arttığı, tanı süresi arttıkça uyumun azaldığı bulundu.

- Yaş, eğitim durumu ve mesleğin Fonksiyonel Alt Boyut puanını %44, Psikososyal Alt Boyut puanını %28 ve Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği toplam puanını %37 etkilediği belirlendi.

Bu sonuçlara göre; Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği' nin kronik hastalığa uyumu değerlendirmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu söylenebilir. Eğitim düzeyi düşük olan, tanı süresi fazla olan hastaların hastalığa uyumlarının sağlanması için uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması önerilebilir. Buna ilaveten, ölçeğin farklı kültürdeki toplumlara ve daha geniş örneklem grubuna uygulanması önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri: SPSS Uygulamaları. 2. Baskı. Emek Ofset Ltd.Şti: Ankara; 2003. s: 64-66.

Akkaya C, Sarandöl A, Danacı AE, Sivrioğlu EY, Kaya E, Kırılı S. Reliability and validity of the Turkish version of the Social Adaptation Self-Evaluation Scale (SASS). *Psikiyatri Dergisi*. 2008;19(3): 292-9.

Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama İçin Rehber 2: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2003; 1: 3-14.

Akın S, Durna Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2006; 10: 1–8.

Alligood MR, Tomey AM. *Nursing theorists and their work*. 7th edition. Mosby Company, USA; 2010, p: 434-454.

Alligood MR, Tomey AM. *Nursing Theory: Utilization & application*. 3 Th Edition, Mosby Company, USA; 2006, p: 307-333.

Arslan E. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörler. Dicle Üniversitesi. Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. Ertem MM). Diyarbakır, 2011.

Ateş MA, Algül A. Bipolar bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*. 2006; 2: 60-4.

Atık D, Karatepe H. Scale Development Study: Adaptation To Chronic Illness. *Acta Medica Mediterranea*. 2016; 32: 135.

Aydoğdu NG, Bahar Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme Ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışındaki etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2011; 4(1): 34-40.

Ay F, Ertem Ü, Özcan N, Ören B, Işık R, Sarvan S. *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. 2. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık: İstanbul; 2007, s: 5–6.

Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu Hastaların Öz-bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000; 4(1): 41-49.

Barone SH, Roy CL, Frederickson KC. Instruments used in roy adaptation model-based research: Review, critique and future directions. *Nursing Science Quarterly*. 2008; 21(4): 353-62.

Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expended chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Health Care Quarterly*. 2003; 7(1): 73-82.

Bilir N. Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2006; 25(3): 1-6.

Bilir N ve Subaşı NP. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü. İçinde: Güler Ç, Akın L, (eds.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları: Ankara; 2006, s: 1032–1034.

Birol L. Hemşirelik Süreci: Hemşirelikle İlgili Kuramlar. 6. Baskı. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti. : İzmir; 2004, s: 451-52.

Boulth C, Carm L. Improving Chronic Care: The Guided Care Model. *The Permanente Journal*. 2008; 12(1): 50–54.

Brides V, Rapadas JAM, Sabella WR, Sanchez A, TheShorette JM, Tan L. Compliance of Treatment Management Among Diabetes Patients. *Nursing Research Journal*. 2012; 4: 143-167.

Büyüköztürk, Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*. 2002; 32: 470-483.

Büyüköztürk Ş. *Veri Analizi El Kitabı*. 5. Baskı. Pegem Yayınları: Ankara; 2005, s: 1-182.

Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak, E, Akgün OE, Karadeniz Ş, Demirel F. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Pegem Akademi: Ankara; 2008.

Büyüköztürk Ş. *Veri Analizi El Kitabı*. 24. Baskı. Pegem Akademi: Ankara; 2018, s: 133-193.

Callaghan D. Healthy Behaviors, Self-Efficacy, Self-Care and Basic Conditioning Factors in Older Adults. *Journal of Community Health Nursing*. 2005; 22(3): 169-178.

Clarke PN, Barone SB, Hanna D, Senesac PM. Roy's Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*. 2011; 24(4): 337-344.

Cihangir N. Astımlı Adölesanlarda Uyum ve Öz-Bakım Modellerine göre geliştirilen hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi(Danışman: Prof. Dr. Başbakkal ZD).Ankara, 2007.

Çınar S. Hemodiyaliz hastalarında psikososyal uyum ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2009; (Ocak-Haziran ve Temmuz – Aralık): 22-28.

Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve Lisrel Uygulamaları, Pegem Akademi Yayıncılık: Ankara; 2012.

Dawson S. Principles of preoperative preparation. Mannley K, Bellman L. (Eds.). Surgical Nursing Advanced Practice. 1th ed. Churchill Livingstone, London; 2000, p: 391-397.

Dede B, Sarı M, Gürsul A, Hanedar A, Gadis A, Görgülü B, Eti B, Kalay C , Aydın H , Güler HA , Kala İ , Görgülü K , Dilşen M , Yıldırım kaya U , Tuğba S , Eser E. Kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen değişkenler. TAF Prev Med Bull. 2016; 15(3).

De Geest S, Sabaté E. Adherence To Long-term Therapies: Evidence For Action. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2003; 2 (4): 323.

DeVellis RF. Ölçek Geliştirme Kuram ve Uygulamalar. Çeviren: Totan T. 3.baskı. Nobel Akademi: Ankara; 2014.

DeVellis RF. Scale Development Theory and Applications. Second Edition. SAGE Publications International Educational and Professional Publisher.2003; 5: 60-96.

Demirtaş A, Akbayrak N. The adaptation to their sickness in patients with type 2 diabetes mellitus. Anatol J Clin Investig. 2009; 3: 10-8.

Dolu İÇ, Bilgili N. Ankara'da Yaşayan Bir Grup Yaşlı Bireyde İlaç Kullanım Uygulamaları Ve İlaç Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010; 9: 37-44.

Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.2004; 30(3): 211-16.

Erdoğan S, Sanlı HS, Bekir HS. Gazi Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Üniversite Yaşamına Uyum Durumları. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2005; 13(2): 479-496.

Ervatan SÖ, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N. Depresif hastalarda tedaviye uyum: Doğal izlem çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi.2003; 6: 5-11.

Esin N. Veri Toplama Yöntem ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul; 2014.

Fadıloğlu Ç. Kronik Hastalıkların Tanımı ve Epidemiyolojisi. I. Dahili Tıp Günleri Kronik Hastalıklarda Bakım. Intertıp Tıbbi Yayıncılık. İzmir; 2002.

Fawcett J. Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories. Second Edition. F.A. Davis Company: Philadelphia; 2005, p: 27.

Fawcett J. Desanto-Madeya S. Contemporary nursing knowledge: Analysis and evolution of nursing models and theories. 2th ed.Fa Davis Company, Philadelphia; 2005, p:117-437.

Fawcett J. The Nurse Theorists: 21 St-Century Uptades- Calista Roy. Nursing Science Quarterly.2002; 15(4): 308-310.

Fawcett J, Aber C, Haussler S. Women's perceptions of caesarean birth: a Roy international study. Nursing Science Quarterly. 2011; 24(4): 352-362.

Freeman SM, Freeman A. Cognitive Behavior Therapy in Nursing Practice. Sipingriner, New York; 2006, p: 373-410.

Gigliotti E. The Value of Nursing Models in Practice. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2008; 1: 42-50.

Göçgeldi, E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel C, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi.2008; 50: 172-179.

Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürler arası karşılaştırma. Hemşirelik Araştırma Dergisi. 2002; 4(2): 9-20.

Gümüş AB, Şıpkın S, Keskin G. Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ile bir huzurevinde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2012; 3(1): 13-21.

Hannon Engel SL. Knowledge development: The Roy Adaptation Model and bulimia nevrosa. Nursing Science Quarterly. 2008; 21(2): 126-132.

Haskett T. Chronic illness management: Changing the system. Home Health Care Management Practice. 2006; 18: 492-496.

İnan ŞF, Üstün B, Bademli K. Türkiye’de Kuram/Modele Dayalı Hemşirelik Araştırmalarının İncelemesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.2013; 16(2): 132-139.

İncirkuşu K, Nahcivan N. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu’nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*.2011; 4 (1), 102-109.

İşbir GG. Nursing Care Of Nausea and Vomiting in Pregnancy: Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*.2010; 23: 148-155.

Jerant AF, Friederichs-Fitzwater MMV, Moore M. Patients’ perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Education and Counseling*. 2005; 57: 300-307.

Jopp D, Rott C, Oswald F. Valuation of life in old and very old age: the role of sociodemographic, social, and health resources for positive adaptation. *Gerontologist*. 2008; 48: 646-58.

Karadağ A, Göçmen BZ, Korkut H, Çelik B. Ostomili Bireylere Yönelik Uyum Ölçeği’nin Türkçe’ ye uyarlanması. *Ulusal Cerrahi Dergisi*.2011; 27: 206-211.

Karadakovan A, Aslan FE. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. *Nobel Tıp Kitapevleri*: Adana; 2010, s: 99-111.

Karagöz Y, İlker K. İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeğinin Faktör Analizi Metodu İle Geliştirilmesi, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2008; 21: 81-98.

Lee LYK, Tsang AYK, Wong KF, Lee JKL. Using the Roy Adaptation Model to develop an antenatal assessment instrument. *Nursing Science Quarterly*. 2011; 24(4): 363-369.

McCurry MS, Hunter Rewell S, Roy C. Knowledge For The Good of The Individual and Society: Linking Philosophy, Disciplinary Goals, Theory and Practice. *Nursing Philosophy*. 2010; 11: 42-52.

McEven M, Wills EM. *Theoretical Basic for Nursing*. 2th ed. Lippicott Williams and Wilkins: United States, 2006; p: 196–199.

Meneguessi GM, Teixeira JPDS, Jesus CAC.Rehabilitation in spinal cord: reflection on theapplicability of the Orem’s self-care theory. *Journal Nursing UFPE On Line*. 2012; 6(12): 3006-3012.

Mete HE. Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2008; 11(3): 3-18.

Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan AK, Ünüvar N, Aydın S. Türkiye’de Sağlığa Bakış. Bölük Ofset Matbaacılık Oto. Reklam. San. Tic. Ltd. şti. : Ankara; 2007, s: 45-71.

Neuman B, Fawcett J. The Neuman’s System Model. 4th ed. Prentice Hall, New Jersey; 2002.

Oral ET. şahin ř. Akman B. Verimli A. İki uçlu duygurum bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002; 3: 212-222.

Oto R, Apak İ, Arslan S, Yavavlı A, Altındağ A, Karaca EE. Epilepsinin psikososyal etkileri. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2004; 7: 210-214.

Özdamar K. Paket Programlarla İstatistiksel Veri Analizi-1. 5. Baskı. Kaan Kitabevi: Eskişehir; 2002.

Özkahraman A, Özer S, Balcı GA. Romatoid Artritli Bir Vakanın Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 3: 138-152.

Özkan Aİ, Okumuş H. Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson’ın İnsan Bakım Modeli. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi. 2012; 14(2): 61-72.

Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998; 2(2): 60-68.

Pektekin Ç. Kuramlar-Bakım Modelleri, Hemşirelik Felsefesi.1. Baskı. İstanbul Tıp Kitabevi Yayınları: İstanbul;2013, s: 139-145.

Rameswarapu R, Bodhare TN, Bele SD, Valsangkar S. Social Class Differentiation And Its Impact Onquality Of Life Among Diabetic Patients. National Journal of Community Medicine. 2011; 2(3): 362-365.

Roy SC. The Roy adaptation model. 3th edition. Pearson Prentice Hall Health, New Jersey Upper Saddle River; 2009, p: 35–50.

Roy SC. Extending the Roy Adaptation Model to meet changing global needs. Nursing Science Quarterly. 2011; 24(4): 345-351.

Samancıoğlu S, Özel F, Esen A. Orem’in öz bakım teorisine göre sistemik lupus eritematozuslu hastanın bakımı. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2010; 5(15): 85-101.

Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM, Pierson R, Applebaum S. How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs by Income, in Eleven Countries. Health Affairs. 2010; 29: 2323-34.

Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. 1. Baskı. Seçkin Yayınevi: Ankara; 2005, s: 107-390.

Şenocak MŞ. Klinik Biyoistatistik. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul; 2009.

Şişman FN, Kutlu Y. Yaşlılarda Uyum Güçlüğü Değerlendirme Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özellikleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2016; 7(1): 25-33.

Sönmez V. Bilim felsefesi. Anı Yayıncılık: Ankara; 2008, s: 31-186

Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 5. Baskı. Nobel Yayın Dağıtım: Ankara; 2014.

Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 1.baskı. Nobel yayınevi: Ankara; 2002.

Tezbaşaran AA. Likert tipi ölçek hazırlama kılavuzu. Üçüncü Sürüm, e- Kitap: Mersin; 2008, s: 1-6.

Tomey AM, Alligood MR. Nursing Theorists and Their Work. 5th edition. Mosby Company, Saint Louis; 2002, 14: 269-298.

Türkmen E. Kronik Hastalıklar ve Önemi. İçinde: Durna Z, editör. Kronik Hastalıklar ve Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul; 2012, s: 37-493.

Ünsar S, Dindar İ, Zafer R, Kumaşoğlu Ç. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Öz Bakım Gücü ve Etkileyen Etmenler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2006; 1(3): 70-80.

Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N; Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıha Merkezi Başkanlığı. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması. Hıfzıssıha Mektebi Müdürlüğü. Ankara, 2004.

Üstün B, Gigliotti E. Nursing Research in Turkey. Nursing Science Quarterly. 2009; 22(3): 206-208.

Velioglu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset: İstanbul; 1999, s: 372-399.

Yapıcı A, Güvenç C, Ceylan ME, Kılınç E, Oğuz N. Epilepsili hastalarda psikiyatrik bozukluklar. Düşünen Adam. 2003; 16 (4): 240- 8.

Wagner EH, Bennett SM, Austin BT, Greene SM, Schaefer JK. Finding Common Ground: Patient-Centeredness and Evidence-Based Chronic Illness Care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2005; 11(1): 7-1.

World Health Organization (WHO) Global status report on noncommunicable diseases: Burden, mortality, morbidity and risk factors. WHO Library Cataloguing in Publication Data. Italy, 2011.

World Health Organization [WHO]. Preventing chronic diseases: A vital investment: WHO Global Report. Geneva, 2005.

Wu JR, Moser DK, Lennie TA, Peden AR, Chen YC, Heo S. Factors Influencing Medication Adherence in Patients with Heart Failure. *Heart Lung*. 2008; 37 (1): 8.



10. EKLER

EK-1 Hasta Tanıtım Formu

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek

3. Eğitim Durumunuz:

() Okur-yazar veya ilkokul mezunu () Ortaokul mezunu

() Lise mezunu

() Yüksek okul / Üniversite mezunu () Diğer (Lütfen belirtiniz).....

4. Medeni Durumunuz:

() Evli () Bekar

5. Mesleğiniz:

() Emekli () Ev hanımı () Memur () İşçi () Diğer (Lütfen belirtiniz).....

6. Çocuk sahibi olma durumunuz:

() Evet (Kaç tane lütfen belirtiniz)..... () Hayır

7. Aile yapınız:

() Çekirdek aile () Geniş aile () Parçalanmış aile

8. Sigara kullanma durumunuz:

() Halen içiyor () İçmiş bırakmış () Hiç içmeyen

9. Alkol kullanma durumunuz:

() Halen içiyor () İçmiş bırakmış () Hiç içmeyen

10. Mevcut hastalığınız/ hastalıklarınız:

.....

11. Tanı süresi:.....

12. İlaç kullanma durumunuz

() Evet () Hayır

EK-2 Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1.Sağlığımı korumak için gerekenleri yaparım.					
2.Hastalığım nedeniyle yaşam biçimimde değişiklik yapamam.					
3.Tedavim için verilen ilaçlarımı düzenli kullanırım.					
4.İlaçlarımı önerilen saatlerde kullanmayı unuturum.					
5.Kullandığım ilaçların ne amaçla verildiğini bilirim.					
6.İlaçlarımın yan etkilerini bilirim.					
7.Önerilen diyeti bilirim.					
8.Önerilen diyete uyamam.					
9.Sağlığım el verdiği ölçüde egzersiz yaparım					
10.Hastalığım nedeniyle günlük ihtiyaçlarımı karşılayamıyorum					
11.Hastalığıma rağmen sosyal etkinliklere (arkadaş toplantıları, sinema, tiyatro, yürüyüş..vb) katılabilirim.					
12.Hastalığıma rağmen tatile gidebilirim.					
13.Hastalığıma rağmen aile içindeki görevlerimi yerine getiririm.					
14.Hastalığım nedeniyle çocuklarım ve/veya eşimle ilişkilerim bozulmadı.					
15.Hastalığıma rağmen çocuklarıma ve/veya eşime gereken desteği verebiliyorum.					
16.Hastalığıma rağmen iş verimimde düşüş yaşamadım.					
17.Hastalığıma rağmen enerjimi etkin kullanabiliyorum.					
18.Hastalığım nedeniyle bedenimdeki değişikliklerden rahatsızlık duymuyorum.					
19.Hastalığımdan dolayı vücudumda bir eksiklik hissetmiyorum.					
20.Hastalığım nedeniyle bedenimde oluşan değişikliklerle baş edebiliyorum.					
21.Hastalığımdan dolayı geleceğim hakkında kaygı duyuyorum.					
22.Hastalığıma yönelik endişe yaşamıyorum.					
23.İhtiyaç duyduğumda ailemden yeterince destek alabilirim.					
24.İhtiyaç duyduğumda arkadaşlarımdan yeterince destek alabilirim.					
25.Hastalığım eş/çocuklarımla ilişkilerimi etkilemedi.					
26.Hastalığım akrabalarımla ilişkilerimi etkilemedi.					
27.Hastalığım arkadaşlarımla ilişkilerimi etkilemedi.					
28.Hastalığımdan dolayı başkalarına bağımlı leğilim.					

EK-3 Uzman Değerlendirme Ölçeği

İlişki	Basitlik	Anlaşılrlık
1. Konu ile ilişkili değil 2. Çok düzeltme gerekiyor 3. Konu ile ilişkili ancak çok az düzeltme gerekiyor 4. Konu ile ilişkili	1. Basit değil 2. Çok düzeltme gerekiyor 3. Basit fakat çok az düzeltme gerekiyor 4. Çok basit	1. Anlaşılır değil 2. Çok düzeltme gerekiyor 3. Anlaşılır ancak çok az düzeltme gerekiyor 4. Oldukça anlaşılır

**EK-4 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik
Kurul Yazılı İzni**

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	09 / 11/ 2016 / 20.478.486 - 370				
ARAŞTIRMANIN ADI	Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Geliştirme ve Uygulama				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof. Dr. Sezgi Çınar PAKYÜZ - MCBÜ Sağlık Bilimler Fakültesi Hemşirelik B.				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Uzm. Hemş. Gülden ACAROĞLU				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	26 / 10 / 2016 / Tarih ve 321 sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir				
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı /Adı /Soyadı	Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Erol OZAN Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Serdar TOK BESYO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İhsan AVCI Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;">-12- Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>					

EK-5 Araştırmanın Yapıldığı Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Yazılı İzni



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 61804347-302.08.01
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı (Gülden
ACAROĞLU)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 08/09/2016 tarihli ve 67374 sayılı yazı.

Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrenciniz Gülden ACAROĞLU'nun "Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Geliştirme ve Uygulama" başlıklı tez çalışmasını Hastanemiz Dahili servislerinde yapabilmesi için ilgili anabilim dallarından gelen yanıtlar ilişiktir. Çalışma, ilgili anabilim dalları ve Etik Kurul'ca onaylandığı için Başhekimliğimizce de uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Emin KURT
Başhekim

- Ek:
- 1- FTR (1 sayfa)
 - 2- Çocuk Hastalıkları (1 sayfa)
 - 3- Enfeksiyon Hastalıkları (1 sayfa)
 - 4- Tıbbi Genetik (1 sayfa)
 - 5- Göğüs Hastalıkları (1 sayfa)
 - 6- Dermatoloji (1 sayfa)
 - 7- Nöroloji (1 sayfa)
 - 8- Adli Tıp (1 sayfa)
 - 9- Acil Tıp (1 sayfa)
 - 10- Psikiyatri (1 sayfa)
 - 11- Kardiyoloji (1 sayfa)

Adres: Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 4444228 Faks: (0 236) 2338040
E-Posta: bashekimlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: <http://hastane.cbu.edu.tr>

Bilgi için: Seval Özbalei
Unvanı: Ayniviat Saymanı



EK-6 Kurum İzin Yazısı



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı'na

Sayı : 41445344-100
Konu : Eğitim - Öğretim İşleri (Genel)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Danışmanı olduğum Doktora öğrencisi Gülten ACAROĞLU'nun "Kronik Hastalığa Uygun Değerlendirme Ölçeği Geliştirme ve Uygulama" başlıklı tez çalışmasını TC Manisa Celal Bayar Üniversitesi Halısa Sultan Hastanesi Dahili servislerinde yapabilmesi için kurum izin yazılarının yazılması konusunda gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır
Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ
Anabilim Dalı Başkanı



EK-7 Araştırmanın Orjinallik Raporu

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Tez Adı: Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Geliştirme ve Uygulama

Tezime ilişkin 07/12/2018 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orjinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 29' dur.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı : Gülden ACAROĞLU DEĞİRMENCI
Öğrenci No :
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Programı : Doktora

Tarih ve İmza

07.12.2018

Y. Akın Pakyüz

DANIŞMAN ONAYI
UYGUN
Prof. Dr. Sezgi ÖZKAN PAKYÜZ

Açıklamalar

- 1- Tez Çalışması Orjinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, kütüphane ve Dokümanasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneler tarafından alınır.
- 2- Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır. 400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve kelime jeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.
- 3- TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
- 4- Programı yüklerken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 5- TURNITIN intihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 6- Aşağıdaki başlıklar kapsamında "Ödevleri jürüye gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YON jeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
- 7- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yızadık sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayıları" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu" formuna işlenir.
- 8- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 9- Tez savunma sonu sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekte yükümlüdür.
- 9- Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Gülden	Soyadı	Acaroğlu Değirmenci
Doğum yeri	Diyarbakır	Doğum Tarihi	11.06.1983
Uyruğu	T.C	Tel	05533928364
E-mail	gulden3642@hotmail.com		

EĞİTİM DÜZEYİ

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet yılı
Doktora/Uzmanlık	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği	-----
Yüksek Lisans	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı	2013
Lisans	Ege Üniversitesi Ö. Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	2006
Lise	İzmir-Tire İbrahim Karaoğlanoğlu Lisesi	2001

İŞ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Ege Üniversitesi Hastanesi Organ Nakli S.	2006
Hemşire	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Nöroloji S.	2007
Sorumlu Hemşire	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Psikiyatri S.	2010

YABANCI DİLLERİ	Okuduğunu anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	Orta

YABANCI DİL SINAV NOTU

YÖKDİL	YDS	ÜDS	IELT S	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
65									

BİLGİSAYAR BİLGİSİ

Program	Kullanma becerisi
Word, Excell, SPSS	İyi