

Farklı Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması *

Yasemin Şadiye CEYHAN ** Ayla ÜNSAL ***

Öz

Giriş: Kronik hastalıklar bireylerin Öz-Etkililik (ÖE) düzeylerini etkilemektedir. Öz-Etkililik ise bireyin hastalığı ile başa çıkabilmesi için kendisine olan inancıdır. **Amaç:** Araştırma, farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerini karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. **Yöntem:** Örneklemi; Kronik Kalp Yetmezliği (KKY), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), Diabetes Mellitus (DM), artrit ve Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) tanısı alan hastalardan 40'ar olmak üzere toplamda 200 birey oluşturmuştur. Veriler; Hasta Tanıtım Formu ve Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği (KHÖÖ) ile toplanmış ve sayı, yüzde ortanca analizleri ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Bireylerin %59.5'i 45-64 yaş aralığında, %75'i kadın, %71'i 1-10 yıldır tanı almış ve %65.5'inin ek hastalığı mevcuttur. Sözü edilen kronik hastalıklardan kronik obstrüktif akciğer hastalığı başta olmak üzere çalışmadaki beş kronik hastalığa sahip bireylerin hepsinin öz-etkililik algısı düşük bulunmuştur. Bireylerin hastalıkları ile ölçek alt boyutları incelendiğinde; toplamda 10 alt boyutu olan ölçeğin bir, iki ve yedinci alt boyutları hariç diğerleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmada farklı kronik hastalıklardaki bazı değişkenlerin de öz-etkililik algısını etkilediği bulunmuştur. **Sonuç:** Çalışma sonucunda ölçek alt boyutlarının genelinde kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin en düşük, artritli bireylerin ise en yüksek öz-etkililik puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarından *düzenli bir şekilde spor yapma* en düşük, *doktorla iletişim* ise en yüksek puan ortalamasına sahip olan alt boyutlar olmuştur. **Anahtar Kelimeler:** Kronik Hastalık, Öz-Etkililik, Hemşirelik.

Abstract

Comparison of the Self-Efficacy Level of the People with Different Chronic Diseases

Background: Chronic diseases affect the self-efficacy (SE) level of the people. Self-efficacy is the self-belief of the person to cope with the disease. **Objectives:** The research is done descriptively to compare the Self-efficacy level of the people with different chronic diseases. **Methods:** The sample is composed of 200 people with 40 patients for each diagnosis of Chronic Heart Failure (CHF), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Diabetes Mellitus (DM), arthritis and Chronic Kidney Failure (CKF). The data is collected by means of Patient Identification Form and Self-efficacy Scale for Chronic Diseases (SSCD), and evaluated with number, percentage and median analysis. **Results:** 59.5% of the people are between the ages of 45-64, 75% of them are women, 71% of them are diagnosed for 10 years and 65.5% of them have other diseases. It is found that Self-efficacy perception of all the diseases aforesaid, particularly the Chronic Obstructive Pulmonary Disease's, is low. Analyzing the diseases of the people and sub-dimensions of the scale, it is found that except for the first, second and seventh sub-dimension of the scale with ten sub-dimensions in total there is a significant relation among the others. In the study, it is detected that some variables of different chronic diseases affect Self-efficacy perception. **Conclusion:** With the study it is found out that for most sub-dimensions of the scale the people with Chronic Obstructive Pulmonary Disease have minimum and the people with arthritis have maximum Self-efficacy point average. Of all the sub-dimensions of the scale *doing sports regularly* is the sub-dimension with minimum point average and *communication with the doctor* is the sub-dimension with maximum point average. **Key Words:** Chronic Diseases, Self-Efficacy, Nursing.

Geliş tarihi:07.02.2017

Kabul tarihi: 13.07.2018

Kronik hastalıklar geriye dönüşü mümkün olmayan bozuklukların ve bunların birikimlerinin ya da gizli hastalık durumlarının yol açtığı uzun dönemli sağlık sorunları olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalığı, akut hastalıktan ayıran en önemli özelliğinin ise iyileşmemesi ve ilerleyişinin kendisiyle sınırlı olmaması olarak belirtilmektedir (World Health Organization [WHO], 2014a). Böylece bazı kalıcı yetersizliklere yol açan kronik hastalıklar, özel bir iyileştirme eğitimi, uzun süreli bakım ve gözlem süreci gerektirmektedir (Omdahl, 1988). Kronik hastalıklar, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler (BM) tarafından 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunları olarak tanımlanmakta ve yüksek ölüm oranları, sağlık harcamalarındaki aşırı maliyeti ile sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından küresel bir tehdit oluşturmaktadır (UN News Center, 2014; WHO, 2014a). DSÖ ve Chronic Disease Center (CDC) sağlık harcamalarının büyük bir kısmının (%60-80) kronik hastalıkların tedavisi için yapılmakta olduğunu vurgulamaktadır (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2014; WHO, 2014a).

Dünya genelinde kronik hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan ölümler tüm ölümlerin %60'ını oluşturmaktadır (UN News Center, 2014). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre (TÜİK, 2017); ülkemizde de benzer şekilde tüm ölümlerin %76.4'ünün kronik hastalıklar nedeniyle olduğu bildirilmiştir. Kronik hastalıklar nedeni ile en fazla ölümler; %39.8 dolaşım sistemi hastalıkları, %19.7 kanserler, %11.9 solunum sistemi hastalıkları ve %5 endokrin hastalıklar olarak sıralanmaktadır (TÜİK, 2017).

* Bu çalışma 12-16 Ekim 2016 tarihinde, Antalya'da 18.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.** Arş. Gör., Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Bağbaşı Yerleşkesi/Kırşehir, e-mail: yasemin-ceyhan@hotmail.com *** Doç. Dr., Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Bağbaşı Yerleşkesi/40100-Kırşehir, e-mail: aunsal@ahievran.edu.tr

Hemşirelik mesleğinin temelini; sağlıklı ve hasta bireye yardım etmek ve bu çerçevede bakım vermek oluşturmaktadır (Ay, 2008). Bu temele dayanarak hemşireliğin amacı ise, bireyin sağlığını sürdürmesine yardımcı olmak, kaybolan sağlığı yerine getirmek, yaşam kalitesini yükselterek hastalıkları önlemeye çalışmaktır (Gülseven ve Oğuz, 2011). Bu amaç doğrultusunda hemşireler kronik hastalığı olan bireylere bakım verirken hastanın ve ailesinin; fizyolojik, psikolojik ekonomik, sosyal ve kültürel durumlarını dikkate alarak bütüncül bir yaklaşım sergilemelidirler (Gülseven ve Oğuz, 2011; Kıvanç, 2013). Bütüncül yaklaşım çerçevesinde günümüzde hemşirelerden hastaların ÖE düzeylerini belirlemeleri ve bu doğrultuda bakımı planlamaları beklenmektedir. İlk olarak Amerikalı psikolog Albert Bandura tarafından kullanılan ÖE algısı genel bir durumla değil, özel bir durumla ilişkilidir. Öz-Etkililik kavramı, Bandura'nın *sosyal bilişsel kuramının* anahtar bileşenini oluşturmaktadır. Kurama göre, birey belirli işleri yapabilmek için kendi işlerini organize edebilmeli ve başarıya ulaşma konusunda kendine inanmalıdır. Güçlü bir algı olan ÖE, bireyin yapmayı planladığı işlerden kaçınmak yerine, ne kadar zor olsa da bu zorlukların üstesinden gelebilecek güçte olmayı ve nihayetinde başarıya ulaşmayı güdüleyen bir motivasyon kaynağıdır (Bandura, 1999; Bandura, 2002). Bandura'ya göre (Bandura, 2002); ÖE algısı değiştirilebilir ve geliştirilebilir özelliği olan bir kavramdır. Özellikle bireylerin tecrübeleri ile bu kavram gelişip planlanan aktiviteler başarıyla sonuçlanabilir. Birey kendi kapasitesinin ve yeteneklerinin farkında olmalıdır. Bazen bu yetenekler kendiliğinden ortaya çıkarken bazen de dışarıdan destek ya da yönlendirmelerle farkındalık yaratılabilmektedir (Bandura, 1991).

Kronik hastalıklar, bireylerde ortaya çıkardığı semptomlar nedeniyle bireyin motivasyonunun düşmesine ve ÖE algısının olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır. Özellikle kronik hastalıkların semptomları arasındaki farklılıklar, bireylerin ÖE algısının da farklı olmasına neden olabilmektedir. Hemşireler, sağlıklı bireylerin ÖE algısını olumlu yönde etkileyebilirken, hasta bireylerle kurduğu iletişimde de, ÖE kavramının geliştirilmesi yönünde girişimlerde bulunabilir ve duruma özel davranış değişimi için bireyin kendi başarısına ilişkin algısını güçlendirmeye çalışabilir (Aksayan ve Gözüm, 1998). Bu nedenle hemşirelerin bu konuda hastaları cesaretlendirmeleri olumlu ÖE algısı için gereklidir. Bu konuda ülkemizde yapılmış olan bazı çalışmalar, ÖE algısının değiştirilip geliştirilebilen bir kavram olduğunu açıkça göstermektedir (Çevik, 2011; Kara ve Aştı, 2004; Ünsal, 2006).

Tüm bu durumlar dikkate alınarak çalışma; farklı kronik hastalığı olan bireylerin ÖE düzeylerini karşılaştırmak amacıyla planlanmıştır. Kronik hastalıkların seçiminde, ülkemizde en sık görülen vakalara dikkat edilmiştir. Ancak çalışmanın yapıldığı hastanenin onkoloji biriminin olmaması, pek çok hastanın civar illerde tedaviye gitmesi gibi durumlar göz önünde bulundurularak kronik hastalıklar arasında en sık hastane başvurusu olanlar çalışma kapsamına dahil edilmiştir. Bu doğrultuda araştırma; Kronik Kalp Yetmezliği (KKY), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA), Diabetes Mellitus (DM), artrit ve Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) tanısı almış olan hastalardaki ÖE düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır. Çalışma kapsamında aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Kronik hastalığa sahip olan bireylerin ÖE algısı ne düzeydedir?
- Farklı kronik hastalığa sahip olan bireylerin ÖE düzeyleri değişiklik gösterir mi?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, KKY, KOA, DM, artrit ve KBY hastaları arasında ÖE durumlarının karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Kırşehir il merkezinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji, göğüs hastalıkları, dahiliye, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) ve ortopedi klinikleri ile diyaliz ünitesinde yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2014 yılında çalışmanın yürütüldüğü hastanenin kardiyoloji, göğüs hastalıkları, dahiliye, FTR, ortopedi klinikleri ile hastanenin diyaliz ünitesinin polikliniklerine başvuran ve bu servislerde yatarak tedavi gören tüm hastalar oluşturmuştur. Örneklemi ise, araştırmanın başlatıldığı tarihten itibaren adı geçen servislerde tedavi gören, bu bireyler arasından araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve merkezi limit teoremine göre beş hastalık grubunun her biri için 40 olmak üzere toplam 200 hasta oluşturmuştur (Two Proofs of the Central Limit Theorem, 2014; Thomasian, 1969). Örneklemdeki birim sayısı Cohen (Cohen, 1988) tarafından önerilen etki büyüklüğü .25 alınarak, tip 1 hata = .05 ve güç %80 olmak üzere her grupta en az 40, toplam 200 hasta olarak hesaplandı. Bu doğrultuda çalışma; KKY, KOA, DM, artrit ve KBY tanısı almış olan hastalar ile yürütülmüştür. Birden fazla kronik hastalığı bulunan bireyler, en uzun süreyle tanı almış olduğu hastalık ile değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

Çalışma kapsamına; Türkçe iletişim kurulabilen, soruların tamamını yanıtlayabilecek yeterliliğe sahip, iletişim-iş birliğine açık ve çalışmaya katılmaya gönüllü, yer ve zaman oryantasyonuna sahip, herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan, görme ve işitme problemi olmayan, en az 6 aydır KKY, KOA, DM, artrit ya da KBY tanılarında bir ya da birden fazlasını almış olan hastalar dahil edilmiştir (Bulduk ve Erdoğan, 2008; Çevik, 2011; Gözüm ve Aksayan, 1999; Hacıhasanoğlu, Gözüm ve Çapık 2012; Ünsal, 2006).

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler; *hasta tanıtım formu* ve *kronik hastalıklarda öz-etkililik ölçeği (KHÖÖ)* kullanılarak, hasta odalarında ve bireylerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin toplanması her birey için yaklaşık olarak 30-45 dakika arasında sürmüştür.

Hasta Tanıtım Formu; araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durumu vb. tanıtıcı özelliklerini ve hastalığın başlama süresi, bir ya da daha fazla kronik hastalık durumuna sahip olması gibi sahip olduğu kronik hastalığı ile ilgili bilgileri içeren 23 sorudan oluşmaktadır (Aksayan ve Gözüm, 1998; Bulduk ve Erdoğan, 2008; Çevik, 2011; Gözüm ve Aksayan, 1999; İncirkuş, 2010; Kara ve Aştı, 2004; Ünsal, 2006).

Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği; Lorig ve arkadaşları (1996) tarafından 1996 yılında kronik hastalığı olan bireylerin ÖE algılarını ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek genel olarak üç ana kavram ve toplam 10 alt boyuttan oluşmaktadır. İlk kavram olan “Öz-yönetim davranışlarını gerçekleştirmek için ÖE” başlığında; *düzenli spor yapmak, hastalığı hakkında bilgi almak, toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma ve hekim ile iletişim kurmak* alt boyutları yer almaktadır. İkinci kavram olan “Genel ÖE” başlığında; *genel olarak hastalığı yönetmek* alt boyutu yer almaktadır. Son olarak “Sonuçlara ulaşmak için ÖE” başlığı altında; *gündelik işleri yapmak, sosyal/eglençe etkinliklerine katılmak, semptomlarla başa çıkmak, nefes darlığı ile başa çıkmak ve depresyon ile başa çıkmak* alt boyutları yer almaktadır. Bu haliyle ölçek toplam 33 sorudan oluşmaktadır. Orijinal ölçekte alt boyutların Cronbach’s α değeri .77-.92 sınırları arasında değişmektedir ancak toplam Cronbach’s α değerinin ve madde-toplam puan korelasyon katsayılarının hesaplanmadığı görülmüştür (Lorig ve ark., 1996). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenirliği; Ceyhan ve Ünsal tarafından 2014 yılında yürütülen tez çalışması kapsamında yapılmıştır. İki aşamadan oluşan tezin ilk bölümünü geçerlik ve güvenirlik çalışması (Ceyhan ve Ünsal, 2017), ikinci bölümünü ise ayrı bir örneklem grubu üzerinde farklı kronik hastalığa sahip olan bireylerin ÖE düzeylerinin karşılaştırıldığı bu çalışma oluşturmuştur. Geçerlik-güvenirlik çalışması toplam 350 hasta ile yapılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach’s α değeri .78-.97 sınırları arasında olup toplam Cronbach’s α değeri .95 olarak bulunmuştur. Ayrıca madde-toplam puan korelasyon katsayılarının da $r = .55-.96$ arasında uygun sınırlarda olduğu saptanmıştır. Orijinalinde 10 alt boyut ve 33 sorudan oluşan ölçeğin, ülkemizdeki alt boyut sayısı aynı kalırken maddelerden bazı ifadelerin çıkarılması sonucu soru sayısının 30’a düşürüldüğü bildirilmektedir (Ceyhan ve Ünsal, 2017).

Ölçek 1’den 10’a kadar artan ÖE algısını belirleyen likert tipinde cevaplanmaktadır. Ölçekteki 1 rakamı “hiç güvenim yok” ifadesini, 10 rakamı ise “tamamen güvenim var” ifadesini temsil etmektedir. Bireyin ölçekten aldığı toplam puanı, madde sayısına bölünerek ortalama bir ÖE skoru bulunur. Eğer bu skor 7’nin altında ise, başarısızlığı önlemek için stratejilerin ve problem çözenin yeniden değerlendirilmesi gerektiği anlamına gelmektedir. Skor, 7 ve üzerinde ise bireyin hastalığına ilişkin ÖE’nin yüksek olduğu ve düşüncelerini başarabileceği anlamına gelmektedir (Lorig ve ark., 1996).

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında, IBM SPSS Statistics 22.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama \pm standart sapma, minimum değer, maksimum değer, ortanca (M), 25.yüzdelerlik ($\Ç_1$) ve 75.yüzdelerlik ($\Ç_3$) değerleri olarak verilmiştir. Birinci çeyrek ile üçüncü çeyrek farkı alınarak herhangi bir analiz yapılmamıştır. Veriler normal dağılmadığı için özet istatistik olarak çeyreklik değerleri kullanılmıştır. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Shapiro Wilk normallik testi ve $Q-Q$ grafikleri ile değerlendirilmiştir. Gruplara göre ölçek puanları normal dağılım göstermediğinden dolayı gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis analizi ile yapılmıştır. Fark bulunması durumunda çoklu karşılaştırma testi olarak Dunn-Bonferroni testi kullanılmış ve tüm analizlerde $p \leq .05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni bireylerin KHÖÖ puan ortalamaları, bağımsız değişkeni ise kronik hastalık durumudur.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için; Kırşehir İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği’nden kurum izni (11.07.2014 tarih ve 1302412.58 sayı), Kırıkkale Üniversitesi Etik Kurulu izni (27.10.2014 tarih ve 25/03 sayı) ve çalışmaya katılan bireylerin gönüllü olurları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın, Kırşehir ilindeki üniversite hastanesinde yürütülmesi genellebilirliği ve onkoloji bölümünün olmaması kanser vakalarının dâhil edilememesi açısından sınırlılık olarak kabul edilebilir.

Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin %59.5’inin yaş aralığı 45-64, yaş ortalaması ise 58 ± 1.1 ’dir. Çalışmadaki bireylerin %75’i kadın, %46.5’inin beden kütle indeksi 30.0-39.9 değer aralığında I. ve II. derece obezdir. Ayrıca bireylerin %81’inin evli, %66’sının ev hanımı ve %92’sinin orta gelir düzeyine sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Her hastalık grubundaki bireylerin kronik hastalıklarına göre tanıtıcı özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Bireylerin Kronik Hastalıklarına Göre Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Toplam n (%)	KKY (n = 40)		KOAİ (n = 40)		DM (n = 40)		Artrit (n = 40)		KBY (n = 40)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş Grup											
25-44 yaş	19 (9.5)	4	10.0	5	12.5	-	-	5	12.5	5	12.5
45-64 yaş	119 (59.5)	24	60.0	25	62.5	27	67.5	22	55.0	21	52.5
>65 yaş	62 (31.0)	12	30.0	10	25.0	13	32.5	13	32.5	14	35.0
Yaş Ortalaması (Min-Max)	58.0 ± 1.1 (25-83)	58.7 ± 10.1 (40-79)		55.8 ± 13.3 (25-78)		58.8 ± 9.2 (46-79)		58.4 ± 10.7 (36-83)		58.7 ± 11.8 (34-81)	
Cinsiyet											
Kadın	149 (75.0)	33	82.5	28	70.0	31	77.5	35	87.5	22	55.0
Erkek	51 (25.0)	7	17.5	12	30.0	9	22.5	5	12.5	18	45.0
BKI											
18.5-24.9	39 (19.5)	4	10.0	9	22.5	2	5.0	6	15.0	18	45.0
25.0-29.9	68 (34.0)	14	35.0	12	30.0	13	32.5	15	37.5	14	35.0
30.0-39.9	93 (46.5)	22	55.0	19	47.5	25	62.5	19	47.5	8	20.0
Medeni Durum											
Evli	162 (81.0)	35	87.5	32	80.0	32	80.0	30	77.5	33	80.0
Bekar	38 (19.0)	5	12.5	8	20.0	8	20.0	10	22.5	7	20.0
Çocuk Sayısı											
Yok	8 (4.0)	1	2.5	3	7.5	1	2.5	2	5.0	1	2.5
1 çocuk	8 (4.0)	-	-	4	10.0	-	-	-	-	4	10.0
2 çocuk	38 (19.0)	9	22.5	7	17.5	10	25.0	4	10.0	8	20.0
3 çocuk	61 (30.5)	15	37.5	9	22.5	14	35.0	14	35.0	9	22.5
4 çocuk ve üzeri	85 (42.5)	15	37.5	17	42.5	15	37.5	20	50.0	18	45.0
Meslek											
Ev hanımı	132 (66.0)	28	70.0	19	47.5	30	75.0	33	82.5	22	55.0
Emekli	47 (23.5)	8	20.0	14	35.0	5	12.5	4	10.0	16	40.0
Diğer	21 (10.5)	4	10.0	7	17.5	5	12.5	3	7.5	2	5.0
Gelir Durumu											
İyi	16 (8.0)	1	2.5	12	30.0	-	-	3	7.5	-	-
Orta	184 (92.0)	39	97.5	28	70.0	40	100.0	37	92.5	40	100.0
Aile Tipi											
Çekirdek Aile	157 (78.5)	36	90.0	24	60.0	33	82.5	31	77.5	33	82.5
Geniş Aile	37 (18.5)	4	10.0	15	37.5	6	15.0	6	15.0	6	15.0
Parçalanmış	6 (3.0)	-	-	1	2.5	1	2.5	3	7.5	1	2.5
Yaşama Şekli											
Yalnız	15 (7.5)	3	7.5	2	5.0	3	7.5	6	15.0	1	2.5
Eşi ile birlikte	91 (45.5)	20	50.0	11	27.5	22	55.0	19	47.5	19	47.5
Eşi ve çocukları	68 (34.0)	13	32.5	22	55.0	9	22.5	10	25.0	14	35.0
Çocuğunun ailesi	26 (13.0)	4	10.0	5	12.5	6	15.0	5	12.5	6	15.0
Sigara Kullanımı											
Evet											
Hayır	19 (9.5)	3	7.5	5	12.5	7	17.5	2	5.0	2	5.0
Bırakmış	149 (74.5)	30	75.0	28	70.0	29	72.5	34	85.0	28	70.0
	32 (16.0)	7	17.5	7	17.5	4	10.0	4	10.0	10	25.0
Sigara Kullanım Yılı*											
1-25 yıl	11 (57.9)	2	66.7	4	80.0	3	42.9	1	50.0	1	50.0
26-50 yıl	8 (42.1)	1	33.3	1	20.0	4	57.1	1	50.0	1	50.0
Sigara Adet/Gün*											
10 ve altı	7 (36.8)	2	66.7	1	20.0	3	42.9	1	50.0	-	-
11 ve üstü	12 (63.2)	1	33.3	4	80.0	4	57.1	1	50.0	2	100.0
Alkol Kullanım											
Hayır	188 (94.0)	37	92.5	39	97.5	39	97.5	36	90.0	37	92.5
Bıraktım	12 (6.0)	3	7.5	1	2.5	1	2.5	4	10.0	3	7.5

*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Bireylerin hastalıkları ile ilgili özellikleri incelendiğinde; %71'inin, 1-10 yıldır herhangi bir kronik hastalık tanısı aldığı (ort = 9.2 ± 6.3), %65.5'inin başka hastalıklarının bulunduğu ve bunların içinde en fazla ürogenital (%42) ve kas-iskelet sistemi (%37.4) hastalığının olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %61'i hastalıklarına ilişkin kısmen bilgi aldıklarını ve %98.1'i de bu bilgiyi doktordan edindiklerini bildirmiştir. Ayrıca bireylerin %65.5'inin egzersiz yapmadığı, %45'inin planlı işlerini gerçekleştiremediği, %25.5'inin son altı ayda hastanede yattığı (Ort. 1.2 ± 0.5 gün) ve %61'inin sağlık algısını orta düzey olarak ifade ettiği belirlenmiştir. Her hastalık grubundaki bireyin kronik hastalıklarına göre hastalık özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Bireylerin Kronik Hastalıklarına Göre Hastalık Özellikleri

Hastalık Özellikleri	Toplam n (%)	KKY (n = 40)		KOAHA (n = 40)		DM (n = 40)		Artrit (n = 40)		KBY (n = 40)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tanı Zamanı											
1-10 yıl	142 (71.0)	24	60.0	32	80.0	27	67.5	27	67.5	32	80.0
11-20yıl	53 (26.5)	15	37.5	8	20.0	12	30.0	10	25.0	8	20.0
21ve üzeri	5 (2.5)	1	2.5	-	-	1	2.5	3	7.5	-	-
Tanı Zamanı Yıl (Min-Max)	9.2 ± 6.3 (1-40)	10.0 ± 6.3 (1-25)		6.6 ± 5.6 (1-20)		10.4 ± 5.9 (1-30)		11.3 ± 8.1 (2-40)		7.6 ± 4.3 (2-19)	
Ek Hastalık											
Evet	131 (65.5)	27	67.5	16	40.0	27	67.5	30	75.0	31	77.5
Hayır	69 (34.5)	13	32.5	24	60.0	13	32.5	10	25.0	9	22.5
Kronik Hastalığı*											
Ürogenital											
Kas-İskelet	55 (42.0)	29	33.3	3	20.0	15	28.3	8	22.2	-	-
Kardiyovasküler	49 (37.4)	23	26.4	3	20.0	14	26.4	9	25.0	-	-
Endokrin	35 (26.7)	6	6.9	5	33.3	10	18.9	6	16.7	8	88.9
Solunum	34 (26.0)	20	23.0	3	20.0	2	3.8	8	22.2	1	11.1
Sindirim	17 (13.0)	5	5.7	-	-	9	17.0	3	8.3	-	-
Sinir Sistemi	15 (11.5)	3	3.4	-	-	10	18.9	2	5.6	-	-
Dermatoloji	4 (3.1)	1	1.1	1	6.7	2	3.8	-	-	-	-
	1 (0.8)	-	-	-	-	1	1.9	-	-	-	-
Hastalık Bilgisi											
Evet	38 (19.0)	7	17.5	3	7.5	8	20.0	5	12.5	15	37.5
Kısmen	122 (61.0)	25	62.5	17	42.5	31	77.5	30	75.0	19	47.5
Hayır	40 (20.0)	8	20.0	20	50.0	1	2.5	5	12.5	6	15.0
Kimden Bilgi Aldığı*											
Doktor	157 (98.1)	32	62.7	18	64.3	38	62.3	35	64.8	34	50.7
Hemşire	33 (20.7)	2	3.9	7	25.0	8	13.1	-	-	16	23.9
TV ve Radyo	60 (45.8)	14	27.5	-	-	15	24.6	17	31.5	14	20.9
İnternet	10 (6.3)	3	5.9	3	10.7	-	-	1	1.9	3	4.5
Dergi/ broşür	1 (0.7)	-	-	-	-	-	-	1	1.9	-	-
Bilgi Yeterliliği											
Evet	32 (16.0)	6	15.0	4	10.0	8	20.0	5	12.5	9	22.5
Kısmen	92 (46.0)	19	47.5	11	27.5	24	60.0	18	45.0	20	50.0
Hayır	76 (38.0)	15	37.5	25	62.5	8	20.0	17	42.5	11	27.5
Egzersiz											
Evet	15 (7.5)	4	10.0	1	2.5	4	10.0	2	5.0	4	10.0
Bazen	54 (27.0)	8	20.0	9	22.5	14	35.0	16	40.0	7	17.5
Hayır	131 (65.5)	28	70.0	30	75.0	22	55.0	22	55.0	29	72.5
Kişisel Bakımını Yapabilme											
Evet											
Bazen	67 (33.5)	10	25.0	15	37.5	16	40.0	11	27.5	15	37.5
Hayır	66 (33.0)	7	17.5	20	50.0	6	15.0	15	37.5	18	45.0
	67 (33.5)	23	57.5	5	12.5	18	45.0	14	35.0	7	17.5
Hastalığın Planlı İşlere Engel Durumu											
Evet	90 (45.0)	12	30.0	15	37.5	19	47.5	20	50.0	24	60.0
Bazen	68 (34.0)	12	30.0	20	50.0	9	22.5	12	30.0	15	37.5
Hayır	42 (21.0)	16	40.0	5	12.5	12	30.0	8	20.0	1	2.5

Son 6 Ay İçinde Hastanede Yatma											
Evet											
Hayır											
	51 (25.5)	7	17.5	11	27.5	10	25.0	12	30.0	11	27.5
	149 (74.5)	33	82.5	29	72.5	30	75.0	28	70.0	29	72.5
Yatış Sayısı/6 Ay**		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1	41 (80.4)	6	85.7	9	81.8	7	70.0	11	91.7	8	72.7
2	8 (15.7)	1	14.3	2	18.2	2	20.0	1	8.3	2	18.2
3	2 (3.9)	-	-	-	-	1	10.0	-	-	1	9.1
Sağlık Algısı											
İyi	48 (24.0)	4	10.0	17	42.5	9	22.5	4	10.0	14	35.0
Orta	122 (61.0)	28	70.0	16	40.0	26	65.0	30	75.0	22	55.0
Kötü	30 (15.0)	8	20.0	7	17.5	5	12.5	6	15.0	4	10.0

*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler verilen toplam cevap sayıları üzerinden alınmıştır.

** Yüzdeler verilen toplam yatış sayıları üzerinden alınmıştır.

Bireylerin kronik hastalıkları ile ölçek alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; toplamda on alt boyutta incelenen ölçeğin *düzenli bir şekilde spor yapma* ($p = .464$), *hastalık hakkında bilgi alma* ($p = .649$) ve *sosyal/eglençe aktiviteleri* ($p = .191$) alt boyutlarında, hastalık grupları ile arasında fark bulunmamaktadır. *Toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma* ve *ev işlerini yapma* alt boyutlarında; DM, artrit ve KBY'li hastaların ölçek puanları arasında fark bulunmaz iken ($p > .05$) KKY ve KOAH'lı bireylerin ölçek puanları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Ayrıca KKY ile KOAH'lı bireylerin ölçek puanları arasında da anlamlı bir fark vardır ($p < .001$) (Tablo 3).

Doktorla iletişim ve *genel hastalık yönetimi* alt boyutlarında; KOAH'lı bireylerin ölçek puanları diğer grupların puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p < .001$) ve diğer gruplar arasında fark bulunmamaktadır ($p > .05$) (Tablo 3).

Semptomlarla başa çıkma ve *nefes darlığı ile başa çıkma* alt boyutlarında; KKY, DM ve KBY'li bireylerin ölçek puanları arasında fark bulunmamıştır ($p > .05$). Her iki alt boyutta da KOAH'lı bireylerin ölçek puanları diğer gruplardakilerin puanlarına göre anlamlı derecede düşüktür. Ayrıca KOAH'lı ve artritli bireylerin ölçek puanları arasında da anlamlı bir fark vardır ($p < .001$) (Tablo 3).

Depresyonu yönetme/kontrol alt boyutunda; KKY ile artritli bireylerin ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p > .05$) KOAH, DM ve KBY'li bireylerin ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < .001$). Ayrıca bu faktörde KOAH'lı bireylerin ölçek puanları en düşüktür (Tablo 3).

Bireylerin kronik hastalıkları ile ölçek alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında, beş hastalığın 10 alt boyut açısından çoğunlukla ÖE puan ortalamalarının 7'nin altında olduğu belirlenmiştir. Sadece *doktorla iletişim* alt boyutunda KKY, DM, artrit ve KBY'li hastalar; *ev işlerini yapma* alt boyutunda artrit ve KBY'li hastalar; *nefes darlığı ile başa çıkma* alt boyutunda KKY, DM ve KBY'li hastalar 7 puan almışlardır (Tablo 3).

Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği'nin alt boyutlarına her bir kronik hastalık açısından genel olarak bakıldığında; KOAH'lı bireylerin sadece ikinci alt boyut hariç diğer tüm alt boyutlarda en düşük ÖE puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır. Ölçek alt boyutlarındaki en yüksek puan ortalamalarına sahip olan hastalıklar ise sırasıyla şöyledir; birinci alt boyutta DM'li, ikinci alt boyutta KKY, KOAH, DM ve KBY'li, üçüncü, beşinci ve 8. alt boyutlarda artritli, dördüncü alt boyutta KKY, DM, artrit ve KBY'li, altıncı alt boyutta artrit ve KBY'li, yedinci alt boyutta DM'li, dokuzuncu alt boyutta KKY, DM ve KBY'li ve onuncu alt boyutta da KKY, artrit ve KBY'li bireylerdir.

Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği'ne alt boyutlar açısından genel olarak bakıldığında ise; *düzenli bir şekilde spor yapma* alt boyutunun diğer alt boyutlara göre en düşük, *doktorla iletişim* alt boyutunun ise diğer alt boyutlara göre en yüksek ÖE puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır.

Ölçeğin 10 alt boyutunda da en yüksek puan ortalamasına sahip olan hastalıklar arasında ilk sırayı artritli (6 alt boyutta), ikinci sırayı DM ve KBY'li (5 alt boyutta), üçüncü sırayı KKY'li (4 alt boyutta) ve son sırayı KOAH'lı (1 alt boyutta) bireyler almaktadır.

Tablo 3. Bireylerin Kronik Hastalıkları ile Ölçek Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlarının Karşılaştırılması

ALT BOYUTLAR	HASTALIKLARIN SONUÇLARI-M (Q ₁ -Q ₃)*					p
	KKY	KOAH	DM	Artrit	KBY	
1. Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma	3.6 (2.4-5.3)	2.8 (1.6-5)	3.8 (2-5)	3.6 (3-5.1)	3.4 (2-4.3)	.464
2. Hastalık Hakkında Bilgi Alma	5 (3-6)	5 (3-7)	5 (4-6)	4.5 (3-5.5)	5 (3-6)	.649
3. Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma	5.3 (4.8-6) ^a	4.3 (3-5.3) ^b	6 (5.8-6.8) ^c	6.1 (5.8-7) ^c	6 (5.6-7) ^c	< .001
4. Doktorla İletişim	7 (6.6-8) ^a	6.6 (5.1-6.8) ^b	7 (6.5-8) ^a	7 (6.1-8) ^a	7 (7-8) ^a	< .001
5. Genel Hastalık Yönetimi	4.2 (3.3-5) ^a	3.3 (2.7-3.7) ^b	4.2 (3-5.2) ^a	4.7 (4.1-5.2) ^a	4 (3.3-5.2) ^a	< .001
6. Ev İşlerini Yapma	6 (5-7) ^a	5 (3.5-6.5) ^b	6 (6-7) ^c	7 (6-7) ^c	7 (6-7) ^c	< .001
7. Sosyal/Eğlence Aktiviteleri	5.7 (4-6.7)	4.5 (3.5-6)	6 (5-7)	5.7 (4-7)	5 (4-7)	.191
8. Semptomlarla Başa Çıkma	3.4 (2.7-4.3) ^a	2.2 (1.8-3.2) ^b	3.3 (2.3-5) ^a	4.1 (3.4-4.2) ^c	3.2 (2.4-4) ^a	< .001
9. Nefes Darlığı ile Başa Çıkma	7 (4-8) ^a	3 (1.5-4) ^b	7 (5-8) ^a	5 (4-6.5) ^c	7 (5.5-8) ^a	< .001
10. Depresyonu Yönetme/Kontrol	6 (4-6.1) ^{ac}	4.8 (4-5.1) ^b	5.1 (3.1-6) ^a	6 (5-6) ^{ac}	6 (5-7) ^c	< .001

a, b, c: Aynı harflerin yer aldığı gruplarda fark bulunmamaktadır.

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

Tartışma

Kronik hastalığa sahip bireylerin ÖE algılarının değerlendirilmesi doğru ve kaliteli hemşirelik bakımı planlamak için oldukça önemlidir (Aksayan ve Gözüm, 1998). Özellikle ülkemizde sıklıkla görülen kronik hastalıklara sahip bireylerin, ÖE algılarının hastalıklara göre ayrı ayrı değerlendirilmesi ve uygun bakım planının hazırlanması hastalığın sürecine ve bireyin süreci yönetebilme gücüne olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KOAH'lı hastaların gittikçe zor nefes alması, dispne ve bazen beraberinde öksürük semptomlarını yaşamaları bu bireylerin efor sarf ettiren pek çok aktiviteyi gerçekleştirememelerine sebep olmaktadır (Biol, 2005; Olgun, Eti Aslan ve Akıncı 2014; Saryal, 2005). Çalışmada kronik hastalıklar içerisinde KOAH'lı bireylerin, düzenli bir şekilde spor yapma alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum KOAH'lı bireylerin, diğer hastalıklara sahip bireylere göre daha az egzersiz yaptıklarını ifade etmeleri ile paralellik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada KOAH'lı hastaların dispne şiddeti nedeniyle egzersiz yapmaktan kaçındıkları bunun sonucunda ise dispne şiddetine toleranssızlığın arttığı kısır döngüye dikkat çekilmiştir (Decramer ve ark., 2008). Bu çalışmada da benzer şekilde hastaların egzersizden kaçınmaları fiziksel inaktiviteye neden olmakta ve algılanan dispne şiddetini artırmaktadır.

Toplum, aile ve arkadaşlardan yardım alma ile ev işlerini yapmada KOAH ve KKY'li bireylerin ölçek puan ortalamaları diğer kronik hastalıklara göre anlamlı derecede düşüktür ($p < .001$). Hastalık gruplarına bakıldığında bu iki hastalığın solunum ve dolaşım sisteminde ciddi semptomlara neden olarak bireyin pek çok işlevi aksatabilmesi nedeniyle çalışmadaki DM, artrit ve KBY'li bireylere göre bu alt boyuttan daha düşük puan ortalamalarına sahip olmaları bu çalışma için beklenen bir sonuçtur (Akdemir ve Biol, 2003; Badır, 2010; Kaptan ve Dedeli, 2012; Karadakovan ve Kaymakçı, 2014; Memiş, 2014; Olgun, Eti Aslan, Coşansu, ve Çelik 2010; Olgun ve ark., 2014). KOAH'lı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin incelendiği bir çalışmada benzer şekilde hastaların boş vakitleri değerlendirme, ev işlerini yapma gibi günlük aktivitelerin çoğunda kısıtlılık yaşadıkları özellikle dispne şiddeti arttıkça günlük yaşam aktivitelerinin azaldığı bulunmuştur (Çalık Kütükcü ve ark., 2015). Kalp hastalarında sağlıklı yaşam davranışlarının incelendiği bir çalışmada ise; kalp yetmezliği olan bireylerin fiziksel aktivitelerinin yetersiz olduğu bulunmuştur (Küçükberber, Özdiilli ve Yorulmaz 2011).

Doktorla iletişim ve genel hastalık yönetimi alt boyutlarında; KOAH'lı bireylerin ölçek puanları diğer grupların puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p < .001$). Bu durumun, hastalıkları hakkında en az bilgiye sahip olan, bilgilerini en fazla yetersiz bulan ve diğer hastalık grupları arasındaki bireylere göre doktordan en az bilgi alanların KOAH'lı bireyler olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Tablo 2).

Nefes darlığı, dispne gibi ciddi semptomlar KOAH'lı hastaların temel fizyolojik gereksinimlerine engel olan sağlık sorunlarıdır. Yapılan çalışmalar KOAH'lı bireylerin rahat nefes alamamasından dolayı birçok aktiviteyi yapamadıkları, öz bakımlarını gerçekleştiremedikleri ve sosyal ilişkilerini sürdürmedikleri belirtilmektedir (Demir, Akkoca, Doğan, Saryal ve Karabıyık, 2003; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Ünsal ve Yetkin, 2005). Bu çalışmada kullanılan ölçeğin sosyal/eğlence aktiviteleri alt boyutunda kronik hastalıklar arası anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > .05$). Bu alt boyuttan en düşük puanı KOAH'lı bireyler almıştır (Tablo 3). Yapılan bir çalışmada KOAH'lı bireylerin sosyal destek konusunda arkadaşlarından ve sosyal çevreden daha çok ailelerinden bu desteği aldıklarının bildirilmesi, çalışma sonucunu desteklemektedir (Aras ve Tel, 2008).

Semptomlarla başa çıkma ve nefes darlığı ile başa çıkma alt boyutlarında KOAH'lı bireylerin ölçek puanları diğer gruplardakilerin puanlarına göre anlamlı derecede düşüktür ($p < .001$) (Tablo 3). Bu durum nefes darlığının semptomlar arasında ciddi sorunlara yol açması ve solunum sıkıntısı çeken bireyin diğer semptomlarla başa çıkabilme gücünü etkilemesi ile açıklanabilir (Biol, 2005; Olgun ve ark., 2014; Saryal, 2005). Ayrıca KOAH'lılarla yapılan pek çok çalışma, nefes darlığının en ciddi semptomlardan biri olduğunu ve bunun diğer semptomları da olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (Demir ve ark., 2003; Özkan, 2010; Tel Aydın, Tok Yıldız, Karagözoğlu ve Özden 2012).

Depresyonu yönetme/kontrol alt boyutunda da KOAH'lı bireylerin ölçek puanları diğer hastalık gruplarındaki bireylere göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p < .001$). Yapılan çeşitli çalışmalarda bu çalışma sonuçları ile benzer şekilde, KOAH'lı bireylerin anksiyete, depresyon, stres gibi durumları deneyimleme durumlarının fazla olduğu bildirilmektedir (Çelik, Esen, Akın, İçelli ve Yorgancıoğlu, 1998; Dahlen ve Jansob, 2000; Dowson, Town, Frampton ve Mulder 2004; Korkmaz ve Tel, 2010). Çalışmadaki bu bulgu KOAH'lı hastaların sağlık algılarını iyi olarak ifade etmeleri ile çelişmekte ancak hastalar başta dispne ve dispnenin yol açacağı pek çok sorunla karşılaşabileceğinden, azalan oksijenlenmenin anksiyete ve stres düzeylerini olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir (Biol, 2005; Olgun ve ark., 2014; Saryal, 2005).

Ölçeğin düzenli bir şekilde spor yapma, hastalık hakkında bilgi alma ve sosyal/eğlence aktiviteleri alt boyutlarında, sözü edilen beş kronik hastalık arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p < .05$). Literatüre bakıldığında, Türk toplumunda egzersiz alışkanlığının sağlıklı ve hasta bireylerde henüz istenen seviyelerde olmadığı görülmektedir (Onat ve ark., 2013; Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı, 2013). Ayrıca bilgi almanın bir hastalık hakkı olmasına rağmen hastaların bunun bilincinde olmaması, soru sormaktan çekinmeleri ve hemşirelerin de bu konuda hastalardan, kendilerinden ya da iş yüklerinden kaynaklı olarak hasta bireylere yeterince yardımcı olamamaları bireylerin hastalıkları ile ilgili bilgi eksikliği yaşamalarına neden olmaktadır (Babacan ve Alıcı, 2008; Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Teke, Uçar, Demir, Çelen ve Karaalp 2007). Aynı şekilde kronik hastalığa sahip bireyler eğlence ve sosyal uğraşlar gibi etkinlikleri, hastalıkları nedeniyle ortaya çıkabilecek semptomları yönetmek ve hastalığın ilerleyişini durdurmak adına yeterli ölçüde yapmamaktadırlar (Kılıç ve Özçelik, 2014; Özdemir ve Taşcı, 2013; Özkan, 2006). Bu nedenle çalışmadaki hastaların sosyal/eğlence aktiviteleri alt boyutundan düşük puan almaları literatüre göre beklenen bir sonuç olmuştur.

Çalışmada sözü edilen kronik hastalıkların genelinde ÖE puan ortalamaları 7 ve altında düşük olarak bulunmuştur. Bu durumda Lorig ve arkadaşlarının (Lorig ve ark., 1996) belirttiğine göre başarısızlığı önlemek için stratejilerin ve problem çözmenin yeniden değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu çalışma ile benzer şekilde yapılan çalışmalardan; Kara ve Aştı (Kara ve Aştı, 2004) KOAH'lı, Ünsal (Ünsal, 2006) artritli bireylerin ve Çevik (Çevik, 2011) astımlı adolesanların ÖE puanlarının düşük olduğunu bildirmektedir.

Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği'nin alt boyutlarına her bir kronik hastalık açısından genel olarak bakıldığında; KOAH'lı bireylerin sadece ikinci alt boyut hariç diğer tüm alt boyutlarda en düşük ÖE puan ortalamasına sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 3). Bu durum KOAH'ın semptomları arasında yer alan dispne, öksürük, balgam, yorgunluk gibi yakınmaların bireyin gün içerisindeki tüm aktivitelerini ve hastalık yönetimini olumsuz yönde etkileyerek en düşük ÖE puan ortalamasının ortaya çıkmasına neden olduğunu düşündürmektedir (Ergün, Eti Aslan, Vatan, Olgun ve Kuşuoğlu 2010; Gülseven ve Oğuz, 2011; Güner ve Atak, 2002; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Kılıç ve Özçelik, 2014; Kılıçkaya, 2013; Lewis, Heitkemper, Dirksen, O'Brien ve Bucher 2007; Olgun ve ark., 2014; Özkan, 2006; Potter ve Perry, 2007; Ünsal ve Yetkin, 2005).

Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği'ne alt boyutlar açısından genel olarak bakıldığında ise; düzenli bir şekilde spor yapma ölçeğinin diğer alt boyutlara göre en düşük ÖE puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Bireylerin egzersiz yapma durumlarına bakıldığında tüm bireylerin ve hastalık gruplarındaki bireylerin büyük çoğunluğunun herhangi bir egzersiz yapmadıklarını ifade ettikleri görülmüştür (Tablo 1). Çalışmanın bu iki bulgusu birbirini desteklemektedir. Ayrıca çalışmadaki bireylerin çoğunun 45-64 yaş arasında ve kadın olmasının da egzersiz durumunu etkilediği düşünülmektedir. Türkiye'de yapılmış olan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının sonuçlarına göre, toplumumuzda sedanter yaşam tarzına sahip olan bireylerin hem yaşla artış gösterdiği hem de kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Onat ve ark., 2013). Aynı şekilde literatürdeki farklı çalışmalar da kronik hastalıklarda egzersizin yapılmadığını ya da yetersiz düzeyde yapıldığını belirtmektedir (Can ve Ersöz, 2013; Güner ve Atak, 2002; Küçükberber ve ark., 2011; Munsterman, Takken ve Wittink 2012; Yıldız ve Kurcer, 2012). Doktorla iletişim alt boyutunun ise diğer alt boyutlara göre en yüksek ÖE puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Bireylerin hastalıkları ile ilgili en fazla bilgiyi kimden aldıklarına bakıldığında tüm bireylerin çoğunluğu ve hastalık gruplarındaki bireylerden KOAH ve DM'lilerin neredeyse tamamına yakını, KKY, artrit ve KBY'lilerin ise tamamı doktordan bilgi edindiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 1). Sözü edilen iki bulgu birbirlerinin benzeri niteliğindedir.

Ölçeğin 10 alt boyutunda da en yüksek puan ortalamasına sahip olan hastalıklar arasında ilk sırayı artritli, son sırayı KOAH'lı bireyler almaktadır (Tablo 3). Artritlin bir kas-iskelet sistemi hastalığı olması ve genel olarak el ve ayak bileklerini tutmasının bu sonucu ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Çünkü çalışmadaki diğer bir hastalık olan KKY kardiyolojik hastalıklar arasındaki en komplike olan ve baş etmesi en zor semptomlarla ortaya çıkan bir hastalıktır (Badır, 2012; Çil ve ark., 2002). Diğer yandan KOAH, solunum sisteminde ciddi problemlere yol açmaktadır ve solunum ile ilgili belirtiler diğer belirtilere göre daha zor tolere edilmektedir (Ekren ve Gürgün, 2013; Güner ve Atak, 2002; Olgun ve ark., 2014; Özkan, 2006; Ünsal ve Yetkin, 2005). Diabet erken süreçte ciddi belirtiler yaşatmasa da zamanla tüm sistemleri etkileyerek pek çok soruna yol açabilmektedir. Ayrıca DM'nin hipo/hiperglisemi gibi akut semptomları da sık sık hastalara zorluklar yaşatmaktadır (Erdoğan, 2002; Olgun, 2012; Özata, 2014). Aynı şekilde KBY de böbreğin pek çok hayati fonksiyonunu yerine getirememesi nedeni ile baş edilmesi güç belirtiler verebilmektedir (Akpolat, Ulaş ve Süleymanlar 2007; Kaçar, 2012; Süleymanlar, 2008). Diğer yandan ülkemizdeki ve dünyadaki ölüm nedenlerine de bakılacak olursa bu dört hastalığın artritlin önünde yer aldığı

görülmektedir (Ala, Timothy, Melanie ve Leanne 2011; Onat ve ark., 2014; WHO, 2011; WHO, 2014b). Tüm bu durumlar içerisinde artrit en yüksek puan ortalamasına sahip olması çalışmanın beklenen sonuçları arasında yer almaktadır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Çalışmada kronik hastalığa sahip bireylerin hastalıkları ile ilgili ÖE algılarının oldukça yetersiz olduğu, kronik hastalıklar arasında KOAH tanısı almış olan bireylerin dikkat çekici şekilde ÖE puan ortalamalarının en düşük, artrit tanısı almış olanların ise en yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca bireylerin ölçeğin düzenli bir şekilde spor yapma alt boyutundan en az, doktorla iletişim alt boyutundan en fazla puan ortalamasına sahip oldukları görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda; toplumdaki kronik hastalığa sahip bireylere egzersiz yapmanın öneminin her fırsatta vurgulanması, özellikle KOAH'lı bireylerin ÖE kavramını etkileyen faktörlerin daha ayrıntılı ve büyük popülasyonlarda incelenmesi, hasta bakımları ile sürekli ilgilenen hemşirelerin, eğitici rollerine daha fazla önem vererek kronik hastalığı olan bireylere eğitim vermelerinin önemi konusunda sık sık hizmet içi eğitimlerle bilgilendirilmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

- Akdemir, N., & Birol, L. (2003). *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı* (Yayın No: 2, sy. 780). İstanbul: Vehbi Koç Vakfı SANERC.
- Akpolat, T., Ulaş, C., & Süleymanlar, G. (2007). *Nefroloji el kitabı* (4. Baskı, sy. 1-21,283-363). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Aksayan, S., & Gözüm, S. (1998). Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2, 35-42.
- Ala, A., Timothy, A., Melanie, C., & Leanne, R. (2011). *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011*. France: WHO Report.
- Aras, A., & Tel, H. (2008). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Toraks Derneği*, 10, 63-68.
- Ay, F. A. (2008). Mesleki temel kavramlar. İçinde Ay, F. A. (Editör). *Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar* (2. Baskı, sy. 35-36). İstanbul: Medikal Yayıncılık.
- Babacan, E., & Alıcı, S.U. (2008). Hemşirelerin hasta eğitimi ile ilgili düşünce ve uygulamaları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 5, 29-36.
- Badır, A. (2010). Kalp hastalıklarına bağlı komplikasyonlar. İçinde Karadakovan, A. ve Eti Aslan, F. (Editörler). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* (sy. 559-576). Adana: Nobel Kitabevi.
- Badır, A. (2012). Kronik kalp yetersizliği ve bakım. İçinde Durna, Z. (Editör). *Kronik hastalıklar ve bakım* (sy. 147-160). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health promoting behavior. In Madden J. (Ed.). *Neurobiology of learning, emotion and affect* (pp. 229-270). New York: Raven.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 21-41.
- Bandura, A. (2002). Self-efficacy. *Encyclopedia of Human Behavior*, 4, 71-81.
- Birol, L. (2005). Solunum sistemi hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İçinde *İç hastalıkları ve bakımı* (sy.309-396). Ankara: Sistem Ofset.
- Bulduk, S., & Erdoğan, S. (2008). Reliability and validity of a self-efficacy scale for AIDS prevention among Turkish university students. *International Journal of Human Sciences*, 5, 1-17.
- Can, S., & Ersöz, G. (2013). Tip 2 diabetes mellitus tedavisinde egzersizin yeri ve önemi. *Türkiye Klinikleri Spor Bilimleri Dergisi*, 5, 29-38.
- Centers for disease control and prevention. (2014). Erişim: 13.05.2017. http://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/index.htm?s_cid=ostltsdyk_govd_203
- Ceyhan, Y. Ş. & Ünsal, A. (2017). The validity and reliability study of self-efficacy scale on the people with chronic diseases. *Hemşirelikte Araştırma Ve Geliştirme Dergisi*, 19, 1-13.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed., pp. 1-17). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Çalık Kütükcü, E., Arıkan, H., Sağlam, M., Vardar Yağlı, N., İnal İnce, D., Öksüz, Ç., ve ark. (2015). Kronik obstrüktif akciğer hastalarında çok boyutlu hastalık şiddeti ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal Of Exercise Therapy And Rehabilitation*, 2, 53-60.
- Çelik, P., Esen, A., Akın, M., İçelli, İ., & Yorgancıoğlu, A. (1998). Kronik obstrüktif akciğer olgularında depresyon. *Solunum Hastalıkları*, 9, 25-32.
- Çevik, Ü. (2011). Astımlı çocuk ve adölesanlara verilen eğitimin öz-etkililik ve hastalığın seyrine etkisi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum, Türkiye.
- Çil, E., Kimya, Y., Heper, C., Sunay, B., Heper, Y., Sivrioğlu, K., ve ark. (2002). *Multidisipliner kardiyoloji* (sy. 645). Bursa: Nobel&Güneş.
- Dahlen, I., & Jansob, C. (2000). Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest*, 122, 1633-1637.
- Decramer, M., Rennard, S., Troosters, T., Mapel, DW., Giardino, N., Mannino, D., et al. (2008). COPD as a lung disease with systemic consequences: Clinical impact, mechanisms, and potential for early intervention. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 5, 234-256.
- Demir, G., Akkoca, Ö., Doğan, R., Saryal, S., & Karabıyık, G. (2003). KOAH'ta dispne ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51, 365-372.
- Dowson, C. A., Town, G. I., Frampton, C., & Mulder, R. T. (2004). Psychopathology and illness beliefs influence COPD self-management. *Journal of Psychosomatic Research*, 56,333-340.
- Ekren, P. K., & Gürgün, A. (2013). KOAH'ta pulmoner rehabilitasyon: Kime, ne zaman, nasıl?. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 1, 124-135.
- Erdoğan, S. (2002). *Diyabet hemşireliği* (sy. 205). İstanbul: Tavaslı Matbaacılık.
- Ergün, A., Eti Aslan, F., Vatan, F., Olgun, N., & Kuşuoğlu, S. (2010). Sağlık bakımında gelişmeler ve bakım uygulamaları. İçinde Karadakovan, A. Ve Eti Aslan, F. (Editörler). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* (sy.1-21). Adana: Nobel Kitabevi.
- Gözüm, S., & Aksayan, S. (1999). Öz-etkililik-yeterlilik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2, 21-34.
- Gülseven, B., & Oğuz, S. (2011). Kronik durumlar. İçinde Karadakovan A. & Eti Aslan, F. (Editörler). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* (sy.105-117). İstanbul: Nobel Kitabevi.

- Güner, A., & Atak, N. (2002). KOAH'lı hastalarda sağlık eğitiminin etkisinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 50, 451-461.
- Hacıhasanoğlu, R., Gözümlü, S., & Çapık, C. (2012). Validity of the Turkish version of the medication adherence self-efficacy scale-short form in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 12, 241-248.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete. (20.10.2016). Erişim: 15.02.2017. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatUlisi=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>
- İncirkuş, K. (2010). Kronik hastalık bakımını değerlendirme aracının geçerlik ve güvenilirliği. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, Türkiye.
- Kaçar, G. (2012). Kronik böbrek yetmezliği ve bakım. İçinde Durna, Z. (Editör). *Kronik hastalıklar ve bakım*. (sy. 381-396). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kaptan, G., & Dedeli, Ö. (2012). *Temel iç hastalıkları hemşireliği*. (sy. 495). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Kara, M., & Aştı, T. (2004). Effect of education on self-efficacy of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education&Counselling*, 55, 114-120.
- Karadakovan, A., & Eti Aslan, F. (2014). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* (3.Baskı, sy. 1477). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Karadakovan, A., & Kaymakçı, Ş. (2014). Üriner sistem hastalıkları. İçinde Karadakovan, A. & Eti Aslan, F. (Editörler). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* (3.Baskı, sy. 859-916). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Kılıç, Z., & Özçelik, H. (2014). İleri evre kronik obstrüktif akciğer hastalığında sık görülen semptomların yönetimi. *Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 85-91.
- Kılıçkaya, C. (2013). KOAH'lı hastalarda hastalık algısının yalnızlık ve stresle baş etme üzerine etkisi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum, Türkiye.
- Kıvanç, M. M. (2013). Hemşirelik uygulamalarında bakım kavramı. İçinde Aştı, T. A. & Karadağ, A. (Editörler). *Hemşirelik esasları hemşirelik bilim ve sanatı* (1. Cilt, sy. 217-226). İstanbul: Akademi Basın.
- Korkmaz, T., & Tel, H. (2010). KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13, 79-86.
- Küçükberber, N., Özdilli, K., & Yorulmaz, H. (2011). Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 11, 619-626.
- Lewis, S. L., Heitkemper, M. M., Dirksen, S. R., O'Brien, P. G., & Bucher, L. (2007). *Problems of oxygenation: Ventilation*. In *Medical surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (7th ed, Volume 1, pp. 509-607). USA: MOSBY Elsevier.
- Lorig, K., Stewart, A., Ritter, P., González, V., Laurent, D., & Lynch, J. (1996). Outcome measures for health education and other health care interventions. *Thousand Oaks, CA: Sage Publications*, 24-25, 41-45.
- Memiş, S. (2014). Romatizmal hastalıklar. İçinde Karadakovan, A. & Eti Aslan, F. (Editörler). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* (3.Baskı, sy. 1315-1332). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Munsterman, T., Takken, T., & Wittink, H. (2012). Are persons with rheumatoid arthritis deconditioned? A review of physical activity and aerobic capacity. *BMC Musculoskeletal Disorder*, 13, 1-10.
- Olgun, N. (2012). Diyabet ve bakım. İçinde Durna, Z. (Editör). *Kronik hastalıklar ve bakım* (sy. 291-333). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Olgun, N., Eti Aslan, F., & Akıncı, A. Ç. (2014). Toraks ve alt solunum sistemi hastalıkları. İçinde Karadakovan, A. & Eti Aslan, F. (Editörler). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* (3.Baskı, sy. 341-388). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Olgun, N., Eti Aslan, F., Coşansu, G., & Çelik, S. (2010). Diyabet mellitus. İçinde Karadakovan, A. & Eti Aslan, F. (Editörler). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* (sy. 829-864). Adana: Nobel Kitabevi.
- Omdahl, D. J. (1988). When chronic illness calls for more than chronic care. *The American Journal of Nursing*, 88, 1494-1496.
- Onat, A., Çakır, H., Karadeniz, Y., Dönmez, İ., Karagöz, A., Yüksel, M., ve ark. (2014). TEKHARF 2013 taraması ve diyabet prevalansında hızlı artış. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*, 42, 511-516.
- Onat, A., Yüksel, M., Köroğlu, B., Gümrükçüoğlu H. A., Aydın, M., Çakmak, A., ve ark. (2013). TEKHARF 2012: Genel ve koroner mortalite ile metabolik sendrom prevalansı eğilimleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*, 41, 373-378.
- Özata, M. (2014). *Endokrinoloji metabolizma ve diyabet diyabetes mellitus* (2.Baskı, sy. 144). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Özdemir, Ü., & Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1, 57-72.
- Özkan, S. (2006). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9, 98-103.
- Özkan, S. (2010). Ağır kronik obstrüktif akciğer hastalığında palyatif ve yaşam sonu bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilimi ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 272-282.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2007). *Fundamentals of nursing* (6th ed., pp. 1476). In Louis, St. (Ed.). Canada: Elsevier Mosby Company.
- Saryal, S. B. (2005). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. İçinde İliçin, G., Biberöglü, K., Süleymanlar, G. & Ünal, S. (Editörler). *İç hastalıkları* (2.Baskı, 1.Cilt, ss. 754-803). İstanbul: Güneş Kitabevi.
- Süleymanlar, G. (2008). *Nefroloji*. İçinde Erol, Ç. (Editör). (sy. 230). Ankara: MN Medikal&Nobel Tıp Kitap Sarayı.
- Teke, A., Uçar, M., Demir, C., Çelen, Ö., & Karaalp, T. (2007). Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin hasta hakları konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6, 259-266.
- Tel Aydın, H., Tok Yıldız, F., Karagözoğlu, Ş., & Özden, D. (2012). Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: Fenomenolojik çalışma. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20, 177-183.
- Thomsonian, A. (1969). *The structure of probability theory with applications* (sy.483-493). New York: Mc Graw Hill.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2017). Erişim: 15.01.2018 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>
- Türkiye Sağlık Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017). (2013). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (Yayın No: 773). Ankara.
- Two Proofs of the Central Limit Theorem. (2014). Erişim: 8.07.2017. <http://www.cs.toronto.edu/~yuvalf/CLT.pdf>
- UN News Center. (2014). Erişim: 19.05.2017. <http://www.un.org/>
- Ünsal, A. (2006). Artrite yönelik yapılan eğitimin artritli hastaların öz-etkililik algısı üzerine etkisi, Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum, Türkiye.
- Ünsal, A., & Yetkin, A. (2005). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8, 42-53.
- World Health Organization (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010, burden: Mortality, morbidity and risk factors. Erişim: 02.04.2017. <http://www.who.int/nmh/publications/ncdreport2010/en/>

World Health Organization (2014a). Erişim: 10.05.2017 <http://www.who.int/chp/en>.

World Health Organization (2014b). Erişim: 28.05.2017 <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/>

Yıldız, A. U., & Kurcer, M.A. (2012). Yaşam tarzı eğitimi ve danışmanlığı kronik böbrek yetmezliği hastalarında böbrek fonksiyonlarını ve yaşam kalitesini geliştiriyor. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11, 667-672.