



**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
KADERCİLİĞİN ÖZ BAKIM GÜCÜ VE
SAĞLIK ALGISINA ETKİSİ**

Ayşenur YILDIRIM

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK**

Yüksek Lisans Tezi-2021

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE
KADERCİLİĞİN ÖZ BAKIM GÜCÜ VE SAĞLIK
ALGISINA ETKİSİ**

Ayşenur YILDIRIM

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK**

**ERZURUM
2021**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kronik Hastalığın Tanımı	4
2.2. Kronik Hastalığın Önemi.....	4
2.3. Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi	5
2.4. Kronik Hastalıkların Özellikleri	7
2.5. Sağlık Kaderciliği	8
2.6. Öz Bakım Gücü	13
2.6.1. Öz Bakım Kuramı	15
2.6.2. Öz Bakım Yetersizliği Kuramı	15
2.6.3. Hemşirelik Sistemleri Kuramı	16
2.7. Sağlık Kavramı	16
2.8. Sağlık Algısı Kavramı	17
3. MATERYAL VE METOT.....	20
3.1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	20

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	21
3.4. Veri Toplama Araçları.....	21
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	21
3.4.2. Sağlık Kaderciliği Ölçeği	22
3.4.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği	22
3.5. Verilerin Toplanması	23
3.6.Araştırmanın Değişkenleri.....	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	23
Tablo 3.1. Verilerin Normallik Dağılım Analizleri	24
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
3.9. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları.....	25
4.BULGULAR.....	26
5.TARTIŞMA.....	34
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
KAYNAKLAR	44
EKLER	57
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	57
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....	58
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	59
EK-4. HASTA TANITIM FORMU	60
EK-5. SAĞLIK KADERCİLİĞİ ÖLÇEĞİ.....	63
EK-6. ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ.....	64
EK-7. KURUM İZNİ	66
EK-8. ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI	67



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tezimin hazırlanması süreçlerinde desteğini esirgemeyen, değerli bilgisi ve deneyimleri ile yol gösteren Sayın Hocam Prof. Dr. Cantürk Çapık' a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Çalışmayı kabul eden katılımcılara, yanımda olan ve destekleyen dostlarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Sevgi, hoşgörü ve desteklerini esirgemeyen, hayatımın her aşamasında yanımda olan ve beni sabırla destekleyen çok değerli aileme teşekkür ederim.

Ayşenur YILDIRIM

ÖZET

Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Kaderciliğin Öz Bakım Gücü ve Sağlık Algısına Etkisi

Amaç: Bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde kadercilik ve öz bakım gücü puanı arasında ilişki olup olmadığı, sağlık algısı düzeyine göre kadercilik ve öz bakım gücü puanının değişip değişmediği ve kronik hastalıklı bireylerin tanıtıcı özelliklerinin kadercilik, öz bakım gücü ve sağlık algısına etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışma, Erzincan Merkez’de hizmet veren Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji ve Dahiliye servislerine 15.03.21 ve 15.07.21 tarihleri arasında başvuran, araştırmayı kabul eden ve örnekleme dahil edilme kriterlerini taşıyan 390 kronik hastalıklı birey ile yapılmıştır. Veri toplamak için Hasta Tanıtım Formu, Sağlık Kaderciliği Ölçeği, Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılmış ve sağlık algısını değerlendirmek için katılımcılara bir soru sorulmuştur. Veriler SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra verilerin normallik dağılım analizleri yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız gruplarda t testi, varyans analizi, ki kare testi ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Analizlerde anlamlı çıkan durumlarda farklılığın kaynaklandığı grupları belirlemek için ileri istatistiksel analizler yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmada katılımcıların Sağlık Kaderciliği puanı ile Öz Bakım Gücü puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Sağlık Algısı düzeyine göre Öz Bakım Gücü puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Sağlık Algısı düzeyine göre Sağlık Kaderciliği puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). Aile yapısı ve yaşa göre Sağlık Kaderciliği puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır, yaş ile Sağlık Kaderciliği puan ortalaması arasında düşük düzeyli ve pozitif yönlü bir ilişki vardır ($p<0.05$). Eğitim durumu, medeni durum, aile yapısı, çocuk varlığı-sayısı, gelir durumu ve yaşa göre Öz Bakım Gücü puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır, yaş ile Öz Bakım Gücü puan ortalaması arasında düşük düzeyli ve negatif yönlü bir ilişki vardır ($p<0.05$). Cinsiyet, medeni durum ve aile yapısına göre Sağlık Algısı düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Sonuç: Bu çalışma sonucunda kronik hastalıklı bireylerde sağlık kaderciliği ile öz bakım gücü puanı arasında ilişki olmadığı, Sağlık Algısı düzeyine göre sağlık kaderciliği puanının farklılaşmadığı, öz bakım gücü puanının farklılaştığı ve demografik verilerden bazılarının sağlık kaderciliği, öz bakım gücü ve Sağlık Algısı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, öz bakım gücü, sağlık algısı, sağlık kaderciliği

ABSTRACT

The Effect of Fatalism on Self-Care Power and Health Perception in Individuals with Chronic Disease

Aim: In this study, it was aimed to evaluate whether there is a relationship between fatalism and self-care power score in individuals with chronic disease, whether fatalism and self-care power scores change according to the level of health perception, and the effect of introductory characteristics of individuals with chronic diseases on fatalism, self-care power and health perception.

Material and Method: The study was conducted with 390 individuals with chronic diseases who applied to the Cardiology and Internal Medicine services of Erzincan Binali Yildirim University Mengücek Gazi Training and Research Hospital serving in Erzincan Center between 15.03.21 and 15.07.21, accepted the study and met the inclusion criteria in the sample. Patient Description Form, Health Fatalism Scale, Self-Care Power Scale were used to collect data and a question was asked to the participants to evaluate their perception of health. The data were analyzed with SPSS for Windows 22 package program. In the analysis of the data, numbers, percentages, minimum and maximum values, mean and standard deviations as well as normality distribution analyzes of the data were made. In the evaluation of the data, t test, analysis of variance, chi-square test and Pearson correlation analysis were used in independent groups. Further statistical analyzes were performed to determine the groups from which the difference originated in cases that were found to be significant in the analyses.

Results: In the study, no statistically significant correlation was found between the participants' Health Fatality score and Self-Care Power score ($p>0.05$). The difference in Self-Care Power score average according to their Health Perception level is statistically significant ($p<0.05$). The difference in the mean score of Health Fatality according to the level of Health Perception was statistically insignificant ($p>0.05$). There is a statistically significant difference in the mean score of Health Fatality according to family structure and age, and there is a low-level and positive correlation between age and mean score of Health Fatalism ($p<0.05$). The difference in the mean score of Self-Care Strength according to educational status, marital status, family structure, presence-number of children, income status and age is statistically significant. There is a low-level and negative relationship between age and Self-Care Strength score average ($p<0.05$). The difference between Health Perception level according to gender, marital status and family structure was statistically significant ($p<0.05$).

Conclusion: As a result of this study, it was determined that there was no relationship between health fatalism and self-care power score in individuals with chronic diseases, the health fatalism score did not differ according to the level of Health Perception, the self-care power score differed, and some of the demographic data were effective on health fatalism, self-care power and Health Perception.

Key Words: Chronic illness, self-care power, health perception, health fatalism

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BOH	:	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
DM	:	Diabetes Mellitus
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
KAH	:	Koroner Arter Hastalığı
KOAH	:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	:	Kardiyovasküler Hastalıklar
SKÖ	:	Sağlık Kaderciliği Ölçeği
ÖBGÖ	:	Öz Bakım Gücü Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 2.1. Yaş Grubuna Göre Yaşlı Nüfus Oranı 2015-2020 7

Şekil 2.2. Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı 1935-2080..... 7



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Verilerin Normallik Dağılım Analizleri	24
Tablo 4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık Kaderciliği ve Öz Bakım Gücü Ölçeğinden Aldıkları Puanlara ve Sağlık Algılarına Göre Dağılımı	27
Tablo 4.3. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlık Kaderciliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.4. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.5. Yaş ile Sağlık Kaderciliği ve Öz Bakım Gücü Puanları Arasındaki İlişki ...	31
Tablo 4.6. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Sağlık Algısına Göre Dağılımı ..	31
Tablo 4.7. Katılımcıların Sağlık Algısına Göre Sağlık Kaderciliği ve Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.8. Katılımcıların Sağlık Kaderciliği ile Öz Bakım Gücü Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	33

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar; herhangi bir enfeksiyon etkeni ile ilişkilendirilemeyen, bulaşıcı olmayan ve çoğunlukla uzun süren, yavaş ilerleyen bir dizi hastalığa denir.¹ Teknolojik gelişmelerle beraber erken yaşta ölümlerin azalması ve yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalıkların toplumda yaygınlığı ve görülme sıklığında artmıştır.² Dünya Sağlık Örgütü istatistiklerine göre her yıl 41 milyon kişinin yaşamı bu hastalıklar nedeniyle son bulmaktadır. Kronik hastalıklar sebebiyle meydana gelen ölümler Dünyadaki tüm ölümlerin yaklaşık %70'inden sorumludur.³ Kronik hastalıklar ile birlikte kişinin yaşamında fiziksel, ekonomik, sosyal ve psikolojik bazı değişiklikler olabilir.⁴ Özellikle kronik hastalığa sahip bireylerde görülebilen soyut kavramlardan biride kaderciliktir. Kaderciliğe inanan bireyler sağlık durumlarının ve hastalıklarının kendi iradeleri dışında gerçekleştiğini ve geçmişten bu yana devam ettiğini düşünebilmektedirler.⁵ Fatalizm yani kadercilik yönelimi fazla olanlar, hayatlarında şimdiye kadar olanlara ve olacaklara dışsal bir gönderme yaparak, ne yapılırsa yapılsın sonuçların etkilenmeyeceğine inanırlar. Tersisi durum olan kadercilik yöneliminin düşük olduğu kişiler ise, olanları dışsal güçlerden daha ziyade kişiye yöneltmektedirler.⁶ Bireylerdeki kadercilik yönelimi, olaylar ve durumlar karşısında eyleme geçmelerini etkilemektedir. Bu yönden bakıldığında kadercilik yönelimi birçok durumda harekete geçme, çare bulma, pratiğe dökme, girişkenlik, sorumluluk alabilme, başarıya motivasyonu gibi birçok kavramın meydana gelip gelmeyeceğini belirleyen sessiz bir faktör pozisyonundadır.⁷

Uluslararası literatür incelendiğinde sağlık alanında kadercilikle ilgili yapılan kısıtlı çalışma mevcuttur. Unger ve ark.⁵ çalışmasında adölesan dönemde olan kişilerde kaderciliğin sağlıkla ilgili durumlarda ihmalkâr davranmalarına sebep olabileceğini aynı zamanda bu kişilerin yaşanılacak ve yaşanmakta olan hastalıkların kaderlerinde olduğuna

inandıklarını belirtmişlerdir. Bu yüzden de hastalıklarının iradeleri dışında gerçekleştiğine inanıp mücadele vermeye gereksinim duymadıklarını ileri sürmüşlerdir. Espinosa De Los Monteros ve Gallo⁸ kanser teşhisi alan bireylerde, Guido ve ark.⁹ koroner kalp hastalığı tanılı bireylerde yaptıkları çalışmalarda bireylerin kadercilik eğilimlerinin yüksek olduğunu bulmuşlardır. Powe¹⁰ de yaptığı çalışmada kanserin erken teşhisi için yapılan taramalarda yer almak istemeyen bireylerin mevcut sağlık sorunlarının kaderlerinde olduğuna inandıklarını ortaya koymuştur. Böylelikle bireylerin sonucunu değiştiremeyeceğini düşündükleri durum karşısında taramalara katılmayı reddettiğini belirtmiştir. Ülkemizde; Coşkun¹¹ 2019 yılında yoksul kadınlarda meme kanseri korkusunun ve kadercilik algısının erken tanı davranışlarına etkisini çalışmıştır. Kadınların eğitim durumunun ve ailesinde meme kanseri tanılı birey varlığının erken tanı davranışı gösterme durumunu etkilediğini ortaya koymuştur. Yapılan başka sağlık ile kadercilik ilişkili çalışmalarda; epilepsi tanısı olan bireylerin yüksek düzeyde sağlık kaderciliğine sahip oldukları ve hastalıklarına karşı olumsuz tutum sergileyebilecekleri ortaya konulmuştur.^{12,13}

Kişiler hayatlarının bazı dönemlerinde özellikle sağlık durumlarının normalden değişiklik gösterdiği kronik hastalıkların görüldüğü durumlarda bakımlarını devam ettirmede kısmen ya da tamamen yardıma gereksinim duyabilmekte ve öz bakım önemli bir sıkıntı olmaktadır.^{14, 15} Kronik hastalıklarda bakımın amacı, bireyleri tedavi etmekten ziyade hastalığa uyumlarına yardımcı olmaktır. Bu yüzden de hemşireler için öz bakım kavramı önemli hale gelmiştir.¹⁶ Bireylerin yaşamlarını, sağlıklarını ve iyilik hallerini sürdürebilmeleri için başlattıkları ve uyguladıkları faaliyetler olarak adlandırılan öz bakım kişinin kendi sağlığında devamlı etkin bir rol almasıdır.¹⁷ Kronik hastalıkların yönetiminde de öz bakım davranışlarını uygulamak gerekir.¹⁸ Bireyin öz bakım gücü yeterli olduğu takdirde öz bakım ihtiyaçlarını yeterince ve uygun bir şekilde karşılayabilecek ve sağlığına dair sorumluluğunu alabilecektir.¹⁹

Bir kişinin sağlıklı olup olmadığına karar vermede kullanılan sağlık algısı kavramı kişinin kendi sağlığını değerlendirmesidir. Bařka bir ifadeyle sağlık algısı ‘‘kişinin kendi sağlığına dair kişisel duygu, dūřünce, ön yargı ve beklentilerinin bir bileşimi’’ şeklinde de adlandırılabilir.²⁰ Sağlık algısının değerlendirilmesi; sağlık durumuyla ilgili değişikliklerden haberdar olma, klinik değerlendirmeler yapılmadan ve belirtiler gözlemlenmeden önce hastalığın varlığı hakkında bilgi vermesi bakımından önemlidir.²⁰ Sağlık algısı, sağlık tutumlarını etkilemesi sebebiyle dikkat edilmesi gereken bir unsurdur. Bireyin sağlık algısı arttıkça, sağlıklı davranışlar sergileme olasılığıda artış göstermektedir.²¹ Sağlık davranışları bireyin sağlık durumu üzerinde etkiye sahipken, bu davranışların gelişiminde inançlar, tutumlar ve algılarda etkili olmaktadır. ²² Yapılan bu çalışmada; kronik hastalığı olan bireylerde kadercilik ve öz bakım gücü puanı arasında ilişki olup olmadığı, sağlık algısı düzeyine göre kadercilik ve öz bakım gücü puanının değişip değişmediği ve kronik hastalıklı bireylerin tanıtıcı özelliklerinin kadercilik, öz bakım gücü ve sağlık algısına etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları;

1. Kronik hastalığı olan bireylerin tanıtıcı özellikleri kadercilik puanını etkiler mi?
2. Kronik hastalığı olan bireylerin tanıtıcı özellikleri öz bakım gücü puanını etkiler mi?
3. Kronik hastalığı olan bireylerin tanıtıcı özellikleri sağlık algısını etkiler mi?
4. Kronik hastalığı olan bireylerde kadercilik ve öz bakım gücü puanı arasında ilişki var mıdır?
5. Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık algısı düzeyine göre kadercilik puanı değişir mi?
6. Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık algısı düzeyine göre öz bakım gücü puanı değişir mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalığın Tanımı

Literatürde kronik hastalık kavramına dair farklı tanımlar mevcuttur. Kronik Hastalıklar Komisyonu kronik hastalıkları tamamen iyileşmesi imkânsız olan, kesintisiz devam eden, yavaşça yol alan, genellikle daimi engellere sebep olan, oluşumunda sosyoekonomik, kişisel ve genetik faktörlerin yer aldığı, çoğunlukla non -enfeksiyöz tipte hastalıklar şeklinde tanımlamaktadır.²³

Bir diğer tanımda kronik hastalıklar ; bir ya da birden çok sistemde, geriye dönüşü olmayacak şekilde yapı ve işlevlerde bozukluğa sebep olan uzun dönem sağlık sorunları olarak ifade edilmektedir.²⁴ DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) 2010 yılında ilk kez yayınladığı global durum raporunda kronik hastalıklar terimi yerine ‘bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH)’ terimini kullanmaya başlamış ve bundan sonraki rapor, yayın ve web sitesi bilgilendirmelerinde ‘bulaşıcı olmayan hastalıklar’ terimini kullanmaktadır.²⁵ Kronik hastalıklar tüm dünyada, gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde ölüm sebeplerinin başında yer almaktadır. Bunlardan bazıları; Koroner Arter Hastalığı (KAH), inmeler ve periferik arter hastalığı gibi kardiyovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) ve astım gibi kronik solunum yolu hastalıkları, alzheimer ve demans gibi nörobilişsel sağlık sorunları, anksiyete ve depresyon gibi kronik psikiyatrik sorunlar, obezite, diabetes mellitus (DM), kronik böbrek hastalıkları, kronik inflamasyon hastalıkları, gastrointestinal sistem hastalıkları ve kronik hematolojik hastalıklardır.²⁴

2.2. Kronik Hastalığın Önemi

Sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu(%60-%80) kronik hastalıkların tedavisi için yapılmaktadır.^{1, 24} Teknolojik gelişmelerle beraber tanı, değerlendirme ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, primer sağlık hizmetlerine verilen önemde artmaya, erken yaşta meydana gelen ölümlerde azalmaya, yaşam süresinde uzamaya ve beraberinde

kronik hastalıkların görülme sıklığı ve yaygınlığında da artışa sebep olmuştur. Bu sebeplerden dolayı, geçmişte, eğitim, araştırmalar ve sağlık bakımı uygulamaları çoğunlukla akut hastalıklar üzerine odaklanmakta iken, son yıllarda kronik hastalıklar yönünde artan bir ilgi ve yönelim gözlenmektedir.²

Kronik hastalıkların yıllar içinde artmasının nedenleri arasında toplumda yaşlı nüfus oranının artış göstermesinin önemli rolü vardır. Kronik hastalıklar genellikle ileri yaşlarda meydana gelen hastalıklardır. Bu sebeple bir toplumda yaşlı nüfus sayısı arttıkça kronik hastalığa yakalanabilecek kişi sayısı da o ölçüde artacaktır.²⁶ Kronik hastalıklara paralel olarak bedensel, zihinsel kısıtlılıklar ve sakatlıklar kişinin bağımsızlığını azaltmakta, sağlığın algılanmasını ve sosyal faaliyetleri sınırlamaktadır. Bunların yanında kişinin kronik bir hastalığının olması hastalıkla birlikte yaşam süresinde artışa ve bozulmaya sebep olmakla birlikte bir takım fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sıkıntıların meydana gelmesinde de zemin hazırlayacaktır. Tüm bu değişiklikler sebebiyle de bireyin yaşamı olumsuz bir şekilde etkilenecektir.²⁷

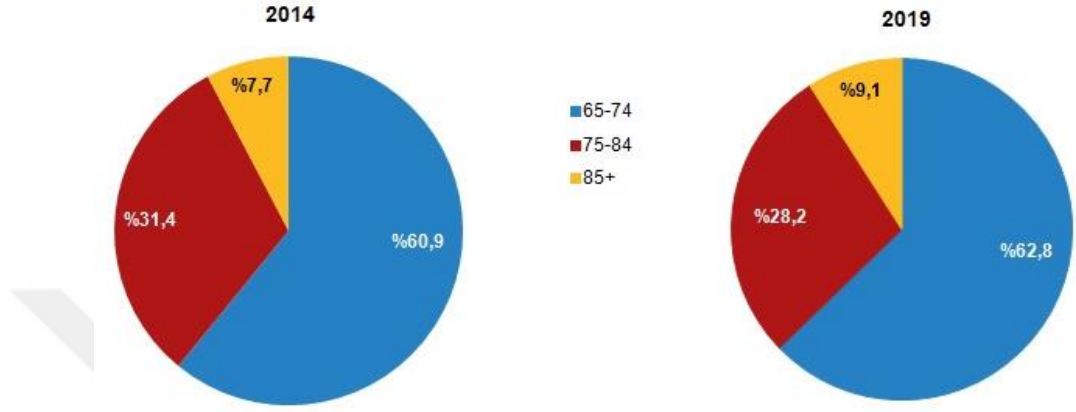
2.3. Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi

DSÖ verilerine baktığımızda her sene 41 milyon kişinin yaşamı BOH adı altında gerçekleşen hastalıklar nedeniyle son bulmaktadır. Bu sayıda evrensel olarak tüm ölümlerin %71'ini karşılamaktadır. Her sene BOH sebebiyle yaşamını kaybeden kişilerden %37'si yani yaklaşık olarak 15 milyon kişinin yaşamı, 30 ile 69 yaş aralığında gerçekleşen erken ölüm olarak adlandırabileceğimiz ölümler sebebiyle son bulmaktadır. BOH sebebiyle meydana gelen ölümlerin %85'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. BOH 'dan meydana gelen ölümler içinde ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır (her yıl yaklaşık 17.9 milyon kişinin yaşamı KVH nedeniyle son bulmaktadır). Bu ölümleri sırasıyla, yılda yaklaşık 9 milyon kişinin ölümüne sebep olan kanserler, yaklaşık 3.9 milyon kişinin ölümüne sebep olan solunum yolu hastalıkları

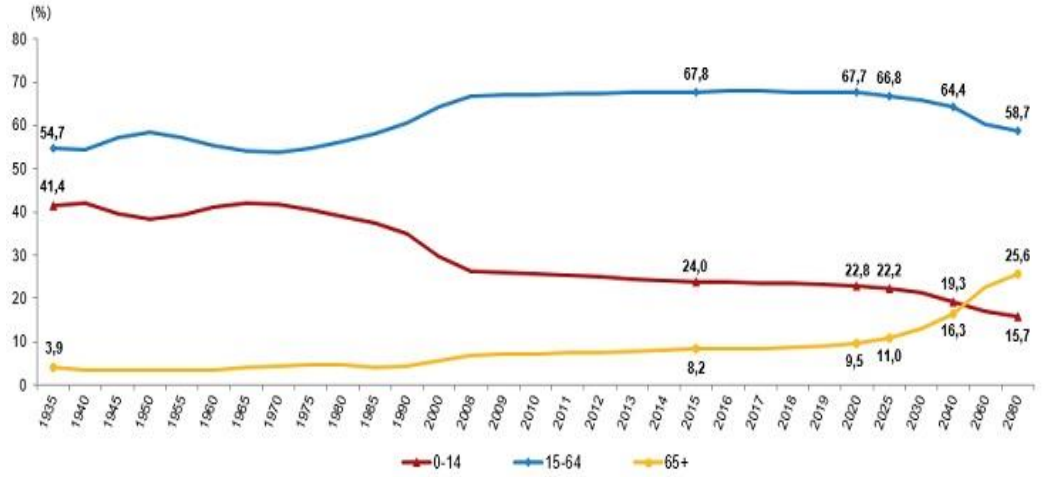
ve yaklaşık 1.6 milyon kişinin ölümüne sebep olan diyabetes mellitus hastalığı izlemektedir. Bu dört hastalık sebebiyle meydana gelen ölümler, BOH adı altındaki tüm ölümlerin %80'ine karşılık gelmektedir.³ Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ölümlerin çoğu kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır.²⁸ Türkiye'de meydana gelen tüm ölümlerin %87.5'i bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilişki içerisinde ve BOH kaynaklı ölüm sıklıkları ile DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki diğer ülkelerdeki oranlar benzerlik göstermektedir. DSÖ aracılığıyla 2020 yılında yayınlanan BOH 'ların gelişim durumunu gösteren raporda Türkiye 'de BOH 'lardan 407.300 ölüm olduğu ve tüm ölümlerin %89'undan sorumlu olduğu, ayrıca BOH sebebiyle erken ölüm oranının %16 olduğu belirtilmiştir.²⁹

Ülkemizin nüfus yapısı genç nüfus ağırlıklı olup, gelişmekte olan ülkelerdeki gibidir. Gelişmiş toplumdakilerle aynı şekilde ülkemizde de BOH 'lar artış göstermektedir. Yirminci yüzyılda dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki artış, beslenme biçimlerindeki değişiklikler, bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması gibi faktörler muhtemel yaşam süresinde artışa sebep olmuştur.³⁰ (Şekil.2.1.) Türkiye'de muhtemel yaşam süresi 2013-2015 döneminde 78 yıl iken, 2017-2019 döneminde 78.6 yıla çıkmıştır. ³¹Yaşlı nüfus olarak adlandırılan 65 yaş ve üzeri yaştaki nüfus, 2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 kişiyken, son beş yılda %22.5 artarak 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişi olmuştur. Toplam nüfus içinde yaşlı nüfus oranı ise 2015 yılında %8.2 iken, 2020 yılında %9.5'e yükselmiştir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11.0, 2030 yılında %12.9, 2040 yılında %16.3, 2060 yılında %22.6 ve 2080 yılında %25.6 olacağı öngörüldü.³² (Şekil.2.2.) Yaşlı nüfusun çocuk nüfusa oranla artış içinde olması toplumdaki sağlık sorunlarının çocukluk çağı hastalıklarından yaşlı nüfusta görülen BOH'lara doğru kaymasına yol açmıştır. Yaşam süresindeki artış arzuladığımız bir şey olmakla beraber, artışa bağlı olarak BOH'ların görülme sıklığında da artış

meydana gelmiştir.¹ Kontrol altına alınamadığı durumda, 10 yıl sonra toplam nüfus içinde yaşlı nüfus oranındaki artışa paralel olarak, BOH'lar ve bu hastalıklar sebebiyle meydana gelen ölüm yüzdelerinin yüksek olması beklenmektedir.³⁰



Şekil 2.1. Yaş Grubuna Göre Yaşlı Nüfus Oranı 2015-2020



Şekil 2.2. Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı 1935-2080

2.4. Kronik Hastalıkların Özellikleri

Çoğunlukla orta yaşlarda başlayarak yaşam boyu devam ederler.

Ara ara iyileşme periyoduna girse de tekrarlamalar hastalığı daha kötü duruma sokar.

Yavaş gelişirler, sürekli dirler ve kalıcı fonksiyonel yetersizliğe sebep olurlar.

Kendiliğinden düzelmeyerek özel bakım ve rehabilitasyon gerektirirler.

Enfeksiyöz ya da non-enfeksiyöz olabilirler.

Bireylerde duygusal, mekanik ve sosyal alanda zayıflamaya sebep olabilirler.

Kronik hastalıklar ve hastalığa bağlı oluşan komplikasyonlar bireyin fonksiyonel kapasitesinde azalmaya sebep olabilir.

Bireyin yaşam kalitesinde bozulmaya ve sosyal izolasyona sebep olabilirler.

Kalıcı düşkünlük, engellik, işgücü kaybına neden olabilirler.

Kalıcı patolojik değişikliklere yol açabilirler ve bu patolojik değişimler geri dönüşümsüzdür.

Oluşumlarında sosyoekonomik etkenler, kişiye ait yapısal ve genetik özellikler rol oynar.^{24, 33, 34}

2.5. Sağlık Kaderciliği

Kadercilik terimi mitolojiden felsefeye, psikiyatri ve psikolojiden ilahiyata, antropolojiden sosyolojiye farklı alanlarda dikkati çekerek ele alınan kavramlardan olmuştur. Kadercilikle ilgili bahsi geçen tüm alanlarda kadercilik kavramı açıklanmaya çalışılarak psikolojik, sosyal, dini, ekonomik ve kültürel etkilerinin tartışılmış olduğu gözlenmektedir.³⁵ Türkçeye Arapçadan geçen kader terimi, Allah'ın bir şeyi hâkimiyeti altına alması ve takdir etmesidir. Fakat takdir yalnızca Allah'a olmamakla birlikte doğaüstü, insan dışı güçlere de yöneltilebilir.³⁶ Kadercilik, çevremizde meydana gelen olayların ve/veya yaşanan durumların kontrolünün ne düzeyde olaydaki bireyin kendi denetimi dâhilinde olduğuna dair inançlarıdır.⁷ Fatalizm ya da kadercilik sözcüğünün aslı, ezeli değişmez söz anlamında kullanılan 'FATUM' dan gelir. Fatalizme inananlar

yaşamda meydana gelen herşeyin doğaüstü bir güç tarafından belirlendiği ve belirlenen bu yazgının değişmeyeceğine inanırlar. Bu yüzden de sorumluluklarının bulunmadığını düşünerek, olaylar karşısında pasif kalmayı tercih ederler. Bu anlayışa inanan bireyler herşeyi Allah iradesine bağlayarak kendilerini tembellik, haksızlık ve zulüm karşısında boyun eğmeye yöneltmiştir. Bu anlamda yapılan taramalarda kaderciliğin tehlikeli olduğu yorumlarına rastlanılmıştır.^{37, 38}

Zimbardo ve Boyd³⁹ bugüne karşı kaderci yaklaşım sergileyen insanları şu şekilde tanımlamışlardır: geleceğe yönelik hemen hemen hiç düşünmezler; geleceğin daha önceden planlanmış olduğunu düşündükleri için gelecek üzerinde herhangi bir etkilerinin olmadığına inanırlar bu yüzden plan yapma ve gerçekleştirme sürecine dâhil olmazlar. Bu tarz düşünen insanlar sıkı çalışmaktan ziyade şansa inanırlar.³⁹ Kadercilik bilindiği üzere kader inancına dayanmakta ve ilk görüşte ilahi dinlerden köken alan bir fikir veya inanç gibi görünmektedir. Fakat yaşamda insanların başına gelen durumların, insanüstü kuvvetler tarafından meydana gelmeden bilindiği, takdir edildiği tarzındaki kader inancının yani tanrı kavramının olmadığı kültürlerde de bulunduğu şahitlik edilmiştir. Bu şahitlik, kader fikrinin ya da inancının tanrılı dinlerden daha ziyade insanlığın, toplumsallığın bir eseri olduğuna işaret etmektedir. Kadercilik toplumsal koşulların bir sonucu olarak toplum içinde ortaya çıkan genel dünya görüşü diyebiliriz bu nedenledir ki diğer kültürel değerlerde olduğu gibi davranışları etkileme gücüne sahiptir.^{36, 40} Pearllin ve Scooler⁴¹ kaderci yönelimin insanların yaşamındaki sorunlarını ele almalarını engellediğini çünkü çoğu zaman bunu yapma iradesine sahip olmadıklarını öne sürmüşlerdir. Diğer yandan Ross ve ark.⁴² bir ustalık veya kontrol duygusuna sahip kişilerin sorunlarını çözmek için adımlar atmasının daha olası olduğunu öne sürmüşlerdir.

Las Espinosa Monteros ve Gallo⁸ kaderciliğin sağlık üzerine etkisinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir ve sağlıklı bir toplum için sağlık kadercilik ilişkisinin birlikte

ele alınması gerektiğini belirtmişlerdir.⁸ Sağlıkla ilgili olarak kadercilik, hastalığın nedenleri ve kontrol edilebilirliği hakkındaki inançları ifade eder. Özellikle bireylerin sağlığı veya hastalığı etkilemekte güçsüz olduklarını çünkü bunların dış güçler tarafından kontrol edildiğini ifade eder.⁴³ Lange ve Piette'nin⁴⁴ DM hastaları ile yaptıkları çalışmada bireylerin zayıf glisemik kontrollerini kendileri kontrol altına almak yerine kaderciliğe atfettiklerini tespit etmişlerdir. Sharf ve ark.⁴⁵ akciğer kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada, bireylerin hem bir baş etme mekanizması hem de tedavi önerilerine uymama gerekçesi olarak daha yüksek bir güce olan inançlarına güvendiklerini ve tedavi imkânları aramayarak hastalıklarının tehdidini en aza indirdiklerini tespit etmişlerdir.

Bazı durumlarda kişiler kadere ve hastalığının Allah'tan geldiğine inanarak hastalığıyla daha kolay baş edebilirken, bazı kişilerde kaderci yönelimin fazla olması hastalığın tedavisinden uzak durmasına sebep olabilmektedir.⁴⁶ Ülkemizde hipertansiyon hastalarında ilaç uyumu ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada bireylerin kadercilik eğilimi yükseldikçe ilaca uyumlarının ve reçete yazdırma davranışlarının düştüğü sonucuna ulaşılmıştır.⁴⁷ Yurt dışında diyabette kadercilik ölçeğinin geliştirilmesine yönelik tip 2 DM'li bireylerde yapılan bir çalışmada yüksek puan alanların iyi bir öz bakım anlayışının ve öz bakım becerilerinin olmadığı, diyetlerine bağlı olmadıkları, öz bakım önerilerine bağlılık ve diyabet bakımını önemli olarak görme olasılıklarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda bu bireylerin diyabeti iyi kontrol ettiklerini bildirme olasılıklarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.⁴⁸

Kaderci inançlara sahip bireylerin kanser tarama oranları ve sağlıklı davranışlarda bulunma olasılıkları daha düşüktür.⁴³ Bu durum yapılan çalışmalarla da doğrulanmıştır. Örneğin, ülkemizde kadercilik ve kanser hastaları üzerinde yapılan çalışmalara baktığımızda; çevresinde meme kanseri olan kadınlarda öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada kadercilik eğilimi arttıkça

meme kanserine ilişkin öğrenim gereksinimlerine verilen önem ve karşılanma düzeyinin azalmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır.⁴⁹ Kadınlarda kadercilik eğilimi ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumlar arasındaki ilişkinin incelediği çalışmada yüksek kadercilik eğilimine sahip kadınların pap smear testini yaptıрма oranlarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.⁵⁰

Sağlıkta hemşirelik alanında yapılan çalışmalara baktığımızda bu çalışmaların büyük kısmının ölçeklerin geçerlilik ve güvenirlikleri üzerine yapıldığı görülmektedir. Ersin ve ark.⁵¹ 2014 yılında meme kanseri kaderciliği, Aydoğdu ve ark.⁵² 2017 yılında prostat kanseri kaderciliği ölçeğinin geçerlilik ve güvenirliğini yapmışlardır. Aydın ve Çapık⁵³ 2017 yılında kolorektal kanser kaderciliği ölçeği geçerlilik ve güvenirliğini yaptıktan sonra kolorektal kanser kaderciliğinde duyarlılık ve engel algısı üzerine çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda bireylerde kadercilik algısında artışın duyarlılık ve engel algısında azalmaya sebep olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bobov ve Çapık⁵⁴ 2018 yılında sağlık kaderciliği ölçeğinin geçerlilik ve güvenirliğini yapmışlardır ve çalışma sonucunda kronik hastalıkla yaşamını devam ettirenlerin daha yüksek sağlık kaderciliğine sahip olduklarını bulmuşlardır. Kızılarıslan⁵⁵, 2020 yılında Shen⁵⁶ tarafından geliştirilen kadercilik ölçeğinin geçerlilik ve güvenirliğini yapmış ve çalışması sonucunda katılımcıların hastalığının olması ya da olmamasının kadercilik üzerine etki etmediği sonucuna ulaşmıştır. Çalışmalara baktığımızda ülkemizde kadercilik ve sağlık alanındaki çalışmaların son yıllarda yoğunlaştığı sonucuna ulaşabiliriz. Yapılan çalışmalarda kadercilik bağımlı değişken olarak, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sosyal güvence varlığı ya da yokluğu gibi bazı demografik veriler bağımsız değişken olarak ele alınmış ve sonuç olarak bu değişkenlerin sağlıkta kadercilik üzerinde etkili olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.^{12, 13, 54} (Şekil 3.1.)



Şekil 3.1. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Kronik hastalıklar, bireyin yaşamını olumsuz bir şekilde etkileyerek, bireyi belirli kurallara uyma ve belirli bir yaşam tarzı geliştirme mecburiyetinde bırakmaktadır.⁵⁷ Kronik hastalık varlığı gibi durumla karşılaşan insanlar bir taraftan modern tıptan faydalanırken bir taraftan da dini eğilim ve inançları gibi yaşamı tehdit eden bir durumla mücadele vermektedirler.⁵⁸ Bireylere istenen düzeyde sağlık hizmeti sunabilmek, hizmeti vereceğimiz toplum tarafından hizmetin kabul edilmesi, katılım sağlanması ve konu ile ilgili eğitilebilmeleri için hemşireler toplumun kültürel değerlerini bilmeli, bakım verirken bireylerin kültür yapısını dikkate almalı, hoşgörü ve anlayış göstermelidir. Kültürün sağlığı destekleyici yönünü kullanmalı, sağlığı olumsuzluklara götürecek durumlarla karşılaştığında gerekli önlemleri alarak bireylere yaklaşmalıdır.⁴⁶

2.6. Öz Bakım Gücü

Öz bakım; bireylerin yaşamlarının belirli dönemlerinde karşılaştığı durumlar karşısında devamlı uygulayabileceği fiziksel, bilişsel, sosyal, duygusal ve kişilerarası gelişmeleri ve fonksiyonları içermektedir.⁵⁹ Öz bakım gücü ise; bireylerin sağlığının korunması ve sürdürülmesinde öz bakım performansını belirleyen güç ve aktivitelerinin birleşimidir.⁶⁰ Öz bakım gücü daha iyi olan bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek ve kronik hastalık tedavi ve yönetiminde daha başarılı olduğu ifade edilmiştir.^{60, 61}

Düzöz ve ark.⁶² Tip 2 DM’li hastalarda yaptıkları çalışmada kişilerin kendi sağlıkları için sürekli katkıda bulunmalarını öz bakım olarak, bu etkinliklerini gerçekleştirmelerini öz bakım gücü olarak tanımlamışlardır. Öz bakımın herkesin karşılaması gereken temel insani gereksinim olduğunu ve karşılanmadığı zaman sağlık durumundan sapmalar görüldüğünü belirtmişlerdir. Karabulutlu ve Tan⁶³ periton diyalizi alan hastalarda yaptıkları çalışmada, hastaların öz bakım gücü arttıkça global yaşam kalitesi, işlevselliği ve esenliğinde anlamlı şekilde artış gösterdiğini tespit etmişlerdir. Alemdar ve Pakyüz⁶⁴ hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaptıkları çalışmada bireyin öz bakım gücü arttıkça yaşam kalitesinde arttığı sonucuna ulaşmışlardır.

Kardiyovasküler hastalıklar, DM, romatoid artrit, astım gibi kronik hastalığı olanlar yeterli bir hastalık yönetimi, genellikle sürekli klinik takip, diyet, egzersiz, öz bakım ve karmaşık ilaç kullanımını gerektirir.⁶⁵ Son yıllarda kronik hastalıklarda tedaviden ziyade sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi ön plana çıkmıştır. Bu duruma bağlı olarak hemşirelerinde sağlık bakımındaki rolü değişerek daha çok ‘öz bakım’ kavramı üzerine yoğunlaşmıştır.⁶⁶ Hemşirenin rolü kronik hastalıklı bireyin öz bakım ihtiyaçlarını belirleyerek, öz bakım yeteneklerini bağımsız olarak yapabilmesine yardımcı olmaktır.

Öz bakım ihtiyaçlarını belirleme yani problemi tanımlama iki aşamadan oluşur;

Birincisi, bireyin bireysel bakım taleplerinin değerlendirilmesi,

İkincisi, bireyin kendi kendine bakım talebini bağımsız olarak karşılamasıdır.⁶⁷

Değerlendirme hemşirenin bireylerin kendi öz bakım araçları ve sağlıklarına dair algılarını önemseme ve dikkate alma becerisiyle ilgilidir çünkü bu onların öz bakım gücü üzerinde etkiye sebep olabilir.⁶⁸ McClabl, hemşirelerin farklı hasta topluluklarında öz bakım becerilerini ve öz bakım faaliyetlerini değerlendirerek, öz bakım güçlerini iyileştirmelerinin gerekli olduğunu ifade etmiştir.⁶⁹ Hemşireler tüm bunları yaparken bireyin öz bakım becerilerini kolaylaştırmalı ve arttırmalıdır.⁶⁷

Hemşireler bireysel ve ailesel öz bakım potansiyellerini belirleyerek ve geliştirerek, bakım odaklı ve bütüncül öz bakım felsefesi ile öz bakım ilkelerinin savunucusu olmuştur.⁷⁰

Öz bakım gücünü doğru anlayabilmek için bazı varsayımlar vardır bunlar;

- Öz bakım gücü, karışık ve zaman içerisinde kazanılmış insani bir özelliktir.
- Öz bakım gücü, bireyin kendi özelliklerinden ve etrafında bulunan faktörlerden etkilenerek, içsel ve dışsal koşulların düzenlenmesi için yönelen eylemler ile meydana gelir.
- Öz bakım gücü, bireyin öz bakım ihtiyaçlarını bilerek gerçekleştirmesi yeteneğidir.
- Öz bakım gücü, bireyin öz bakımında ilgilendiği aktivite ve sınırlamalarına göre farklılaşmaktadır.
- Öz bakım gücü, bireyin öz bakımını yapması için gereken eylemleri gerçekleştirmek adına alışkanlık kazandığı yeteneğidir.⁷¹

Orem, öz bakım kavramını hemşireliğe destek olmak amacıyla bir teoriye dönüştürmüştür. Bu teori üç kuramdan oluşmaktadır.

2.6.1. Öz Bakım Kuramı

Yetişkinlerin yaşam ve iyilik durumlarını sürdürüp, hayatta kalmaları için üzerine düşen sorumlulukları yapması olarak ifade edilmektedir. Orem' e göre öz bakım yaş, hastalık ve sağlık durumu gibi birçok faktörden etkilenmekte ve her bireyin kendine özel olan değerleri bireyin öz bakım ihtiyaçlarını belirlemektedir.¹⁷

Öz Bakım Gereksinimleri

Orem öz bakım gereksinimlerini üç kategoride ele almaktadır.

1. Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri:

Kişinin başlıca ihtiyaçlarını içine alan solunum, beslenme, boşaltım, kişisel temizlik, giyinme, beden ısısının kontrolü, hareket, çalışma, eğlenme, uyku gibi bütün günlük yaşam aktivitelerinin karşılanmasıdır.

2. Sağlık Durumundan Sapmalarda Öz Bakım Gereksinimleri:

Kişinin bireysel bakımını yapamadığı, rahatsızlık, sıkıntı, keyifsizlik, hastalık ya da sakatlık gibi durumlarda ihtiyaç duyduğu öz bakım gereksinimleridir.

3. Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri:

Kişinin hayatının belirli dönemlerinde (gebelik, yaşlılık, doğum, yakınının kaybı vb.) ortaya çıkan öz bakım gereksinimleridir.¹⁷

2.6.2. Öz Bakım Yetersizliği Kuramı

Öz bakım yetersizliği, kişinin öz bakım tutumları ile öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi ifade eder. Orem öz bakım yetersizliği kuramı ile kişiye sunulan hemşirelik bakım sürecini üç aşama ile sıralamaktadır. İlk aşama 'tanılama' aşaması olup, hemşire kişiye verdiği bakımın gerekçesini ve nedenini açıklar. İkinci aşama 'entelektüel' aşama olup bu aşamada hemşire kişinin öz bakımını geliştirmek amacıyla bazı hedefler belirler. Bu aşama hemşirelik sürecinde girişimlerin şekillendiği süreç olan 'planlama' aşamasına karşılık gelir. Üçüncü aşama ise 'uygulama' aşaması olup kişiyi öz bakımı için sahip

olduğu becerilerinin farkına vardırma, kişinin öz bakımına engel olacak faktörlerin oluşmasını engelleme ve değerlendirme basamaklarını içerir. Bu aşama hemşirelik sürecinde ‘uygulama’ aşamasına karşılık gelir.¹⁷

2.6.3. Hemşirelik Sistemleri Kuramı

Bireyin gereksinimlerini nasıl karşılayacağı konusunda hemşireliğe katkı sağlayan bir kuramdır. Orem kişinin ihtiyaçlarını karşılamada başlıca üç hemşirelik mekanizması belirlemiştir.

- a. **Tümüyle eksikliği giderme:** Hastanın öz bakımına etkin bir şekilde katılmadığı, yetersiz kaldığı (zihinsel-bedensel yetersizlik vb.) durumlardır.
- b. **Kısmen eksikliği giderme:** Hemşirenin ve hastanın öz bakım aktivitelerine birlikte katıldığı (operasyon geçiren hastanın ayağa kalkmasına yardımcı olmak) durumlardır.
- c. **Destekleyici eğitsel:** Hastanın öz bakım aktivitelerini gerçekleştirmek için öğrenmek durumunda olduğu ve yardıma ihtiyaç duyduğu uygulamaları (Destekleme, hareket etme, gelişme sağlayan bir ortam oluşturma, öğretim gibi) içermektedir.¹⁷

2.7. Sağlık Kavramı

İnsanlık tarihinin varlığından günümüze kadar insanların mutlu ve başarılı bir yaşam sürdürmelerinde sağlığın önemi büyüktür. İnsanların varlığından bu yana en çok üzerinde durduğu konu sağlık olmuştur.⁷² Sağlık kavramı dünyanın her yerinde en çok önemsenen evrensel bir kavram olmasına rağmen ortak bir tanım yapılmamaktadır. Sağlık kavramı, kişilere, disiplinlere, kültüre ve zamana göre değişebilmektedir.⁷³ Sağlık kavramı “‘Vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, sıhhat” olarak adlandırılmaktadır.⁷⁴ Sağlığın en yaygın kullanılan tanımı DSÖ’ nün yaptığı tanımdır.

DSÖ' ne göre sađlđđın tanımı, yalnızca hastalık ve sakatlıđđın olmayışı değil aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir.⁷⁵

Sağlık kavramı sübjektif ve objektif sağlık olarak iki şekilde ele alınmaktadır.

Subjektif Sağlık: Kişinin bedeneni, sosyal ve psikolojik olarak kendisini nasıl hissettiğidir.

Objektif Sağlık: Fiziki muayene, laboratuvar bulguları göz önüne alınarak belirlenen sağlıklı olma halidir.

Böyle durumda bir kişiyi sağlıklı olarak adlandırabilmek için; kişinin hem kendini sübjektif olarak sağlıklı adlandırması, hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekmektedir.⁴⁶ Bu sebeplerden dolayı hemşireler bireyleri değerlendirirken ve girişimleri planlarken hastanın objektif bilgileri kadar subjektif sağlık algısının da ele alınmalıdır.

2.8. Sağlık Algısı Kavramı

Sağlık algısı, son yıllarda sağlık durumunu belirlemede kullanılan yaygın bir yöntemdir. Sağlık algısı genellikle Likert ölçeği ile çok iyi, iyi, orta ve kötü şeklinde değerlendirilir.⁷⁶⁻⁸⁰ Sağlık algısı ya da algılanan sağlık durumu, iyilik hali etkilenen bireyin kendi sağlık durumu sınırlarında ortaya koyduğu öznel değerlendirmesidir. Bireyin yaşam koşullarına, beklentilerine ve görüş açısına göre değişen sağlık algısı bireyin kendi sağlık tanımlamasını yaparak, kendisine bu tanım da yer bulması şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık algısı bireyin çok yönlü değerlendirmesini sağlayan kolay, basit ancak güçlü bir sağlık göstergesidir.⁸¹ Kişisel olarak belirtilen bir hastalık durumu genelde yapılan muayeneler ve tetkik sonuçlarıyla da doğrulanmaktadır. Bu sebeple bireyin kendi ifade ettiği kişisel sağlık algısı diğer yöntemlere göre daha kapsamlı bir sağlık göstergesi olarak kabul edilir.⁸²

Kendi kendine değerlendirilen sağlığı etkileyen faktörler;

1. Rapor edilen herhangi bir kronik sağlık durumu veya uzun süreli sakatlık, ağrının şiddeti ve kısa süreli sakatlık dâhil olmak üzere hastalıkla ilgili faktörler
2. Eğitim durumu, medeni hâl, gelir-gider durumu, yaş vb. bireysel demografik faktörler
3. Fiziksel aktivite düzeyi, sigara ve alkol kullanımı dâhil olmak üzere kişisel sağlık uygulaması
4. Algılanan sosyal destek, kronik stres, benlik saygısı ve sıkıntı gibi psikolojik kaynaklar olmak üzere dört kategoride ele alınmaktadır.⁸³

Kişinin kendi sağlığı adına olumlu düşünceler hissetmesi ‘iyi sağlık algısı’ olumsuz düşünceler hissetmesiye ‘kötü sağlık algısı’ olarak tanımlanmaktadır.²⁰ Bireylerden bazıları kronik hastalığı olmasına rağmen kendisini sağlıklı hissettiğini belirtirken, bazıları tanı konulmuş hastalığı olmadığı halde kendisini hasta olarak hissedebilir.⁸¹ Bu duruma sebep olan birçok etken olabilir. Hastalar sağlıklarına dair durumlarda inkârcı davranarak hastalığı kabullenmeyebilirler veya hastaların sağlığını algılama durumlarının iyi olduğu söylenebilir. Hemşireler hastaların genel sağlık durumuyla ilgili daha fazla bilgi edinebilmek amacıyla hastayla iletişim halinde olmalı, gerekli tetkiklerin yapılmasını sağlamalı ve sağlık algı düzeylerini yeniden düzenlemelidir.⁸⁴

Yapılan çalışmalara baktığımızda, Unden ve ark.⁸⁵ çalışmasında, diyabetik semptomlar geliştikçe veya diyabetli bireyler kendilerini sağlıklı olan gruplarla veya kendi sağlıklı durumlarıyla karşılaştırdıkça kendilerini sağlıklı olarak algılamayabileceklerini belirtmişlerdir. Ma ve ark.⁸⁶ hipertansiyon hastalarında kendi değerlendirdikleri sağlık ve belirleyicileri üzerine yaptıkları çalışmada hastaların kendi algıladıkları sağlık durumunun yetersiz olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Arne ve ark.⁸⁷

KOAH'lı hastalarda kendi değerlendirdikleri sağlık ve yaşam kalitesi üzerine yaptıkları çalışmada, daha iyi sağlık durumunu daha yüksek düzeyde fiziksel aktivite, sosyal destek ve ekonomik sorunların azlığı ile ilişkilendirmiştir. Sağlık durumu iyi olanların fiziksel olarakta daha aktif olacaklarını belirtmişlerdir. Mller ve ark.'nın⁸⁰ Danimarka' da kişilerin kendi değerlendirdiği sağlık ile koroner kalp hastalığı arasındaki ilişkiyi analiz etmek amacıyla yaptığı çalışmada kendi kendine değerlendirilen sağlığın koroner kalp hastalığının bağımsız öngörücüsü olduğunu tespit etmişlerdir. Goldberg ve ark.⁸² bireylerin sağlık durumunun kendi bildirdiği hastalıklar için bir aracı olarak kullanılmasını haklı çıkaran yakın bir ilişki içinde olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Ülkemizde sağlık algısı ile ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda; Küçük ve Yapar⁸⁸ Tip 2 DM'li hastalarda sağlık algısı, sağlıkla ilgili davranışlar ve ilaç tedavisine uyum üzerine yaptıkları çalışmada sağlığını daha iyi algılayan, tedaviden memnun olan ve ilaçlarını düzenli kullandığını belirten bireylerde uyumun daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Gr ve Sunal⁸⁹ koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, sağlık algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği, fiziksel aktiviteyi desteklediği ve bireyin yaşamındaki amaçlar, iyilik hali, iletişim ve stres yönetimi üzerinde olumlu etkileri olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Yapılan diğer çalışmalar hemşirelik ęrencileri⁹⁰, tıp fakültesi ęrencileri⁹¹, yařlılar⁹², fabrika alıřanları⁹³, yetiřkinler⁹⁴, kadınlar²⁰ ve tarım iřileri⁹⁵ üzerinde yapılmıştır. Yapılan çalışmaların çoğunluğunda sağlık algısı ile birlikte bir başka değişken olarak sağlığı geliştirme davranışları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yaşam kalitesi ve sağlık okuryazarlığı ele alınmıştır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel türde yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. İlgili hastane Erzincan Merkez'de hizmet vermekte olup hem Sağlık Bakanlığına hem de Üniversiteye bağlı 510 yataklı entegre araştırma hastanesidir. Hastane ana ve ek bina olarak hizmet vermektedir. Çalışmada verilerin toplandığı kardiyoloji ve dahiliye servisleri ana binada hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 15 Mart 2021-15 Temmuz 2021 tarihleri aralığında Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji-dahiliye servisine başvuran en az 6 aydır herhangi bir kronik hastalığa sahip olan tüm bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme ise; evrenin sayısını belirlemek mümkün olmadığı için evren bilinmeyen durumlarda örneklem hesaplama formülü kullanılarak belirlenmiştir. Bu formüle göre çalışmaya en az 384 kişi alınmalıdır. Formül aşağıdaki gibidir;

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

$$(1.96^2) \times 0.5 \times 0.5 / 0.052 = 384$$

- n= Örneklem dahil edilebilecek kişi sayısı.
- p= İncelenen durumun görülme sıklığı (olasılığı) (0.5).
- q= İncelenen durumun görülmemesi sıklığı (1-p) (0.5).
- t= belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1.96).

- d= olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma, olarak simgelenmiştir (0.05).

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Herhangi bir kronik hastalığa sahip olmak,
- En az 6 aydır tanı almış olmak,
- Bireyin kendisinde veya yakınında konuşma, işitme problemi olmamak,
- Algılama ve tepki verme yetileri olmak,
- Form ve ölçeklerdeki soruların anlaşılmasını engelleyen nörolojik ve psikiyatrik bozukluğu olmamak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Özellikler Formu, Sağlık Kaderciliği Ölçeği, Öz Bakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır ve Sağlık Algısını değerlendirmek amacıyla katılımcılara bir soru sorulmuştur.

3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-4)

Araştırmacı tarafından literatür^{12, 13, 54, 77} taraması ile oluşturulan bu form 13 sorudan ve iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm bireyin demografik bilgilerinden, ikinci bölüm ise hastalığa ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Demografik bilgilerden oluşan bölüm bireyin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, aile yapısı, çocuk sayısı, sosyal güvencesi, çalışma durumu, gelir durumu, yaşadığı yer gibi soruları içermektedir. Hastalığa ilişkin bilgilerden oluşan bölüm bireyin hastalığının ne olduğu ve hastalığının süresi gibi soruları içermektedir.

Sağlık algısını değerlendirmek için kronik hastalığı olan bireylere “Genel olarak değerlendirdiğinizde sağlık durumunuz nasıldır?” sorusu sorulmuştur. Bireylerden kötü, orta, çok iyi/iyi şeklinde yanıtlamaları istenmiştir.⁷⁶⁻⁸⁰

3.4.2. Sağlık Kaderciliği Ölçeği (EK-5)

Franklin, Schlundt ve Wallston⁹⁶ tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir. Araştırmacılar Sağlık Kaderciliği Ölçeğini (SKÖ) Afro-Amerikan bir toplum üzerinde geliştirmişlerdir. Skala “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “kararsızım”, “katılıyorum”, “kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevaplanan Likert tiptedir. Orijinal dilinde skaladan alınan puanın artması kaderciliğin arttığını göstermektedir. Skalada 17 madde ve 3 alt boyut bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonu tek boyutludur. Araştırmanın Türkçeye uyarlanması 2018 yılında Bobov ve Çapık⁵⁴ tarafından yapılmıştır. Skaladan alınabilecek puanlar 17-85 arasında değişmektedir. Puanın yükselmesi kaderciliğin arttığını göstermektedir. Türkçe versiyonunda tek boyutlu Sağlık Kadercilik Skalası’nın Cronbach Alfa katsayısının 0.91 olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla skalanın katsayısının $0.80 < \alpha < 1.00$ aralığında olduğu ve güvenilirlik derecesinin yüksek olduğu belirlenmiştir (EK-5). Bu çalışmada Cronbach Alfa katsayısı 0.85’ dir.

3.4.3. Öz Bakım Gücü Ölçeği (EK-6)

Kearney ve Fleischer⁹⁷ tarafından 1979 yılında geliştirilen Öz Bakım Gücü Ölçeğinin (ÖBGÖ) asıl halinin (43 maddelik) Cronbach Alfa değeri 0.88 iken, 1993 yılında Nahcivan⁹⁸ tarafından Türkçe’ ye uyarlanarak geçerliliği ve güvenilirliği çalışılan ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.92 olarak bulunmuştur. Ölçek tek boyutludur. Ölçeğin Türkçe’ ye uyarlanması sonucu asıl ölçeğe göre maddelerin iç tutarlılık testi olan madde toplam puan korelasyon değerlerinin beklenilenden düşük çıkması (< 0.20) nedeni ile ölçek madde sayısı 35’ e düşürülmüştür. Beşli Likert tipi ölçekte maddeler; beni hiç tanımlamıyor 0 puan, beni pek tanımlamıyor 1 puan, fikrim yok 2 puan, beni biraz tanımlıyor 3 puan ve beni çok tanımlıyor 4 puan olarak belirlenmiştir. Öz-bakım gücü ölçeğinde 8 maddede (3,6,9,13,19,22,26,31) puanlama tersine dönmekte ve maddeler tersten değerlendirilmektedir. Ölçeğin sunacağı minimum puan 0, maksimum puan ise

140'tır. Puan ile öz bakım gücü doğru orantılıdır. Puan arttıkça öz bakım gücünde artmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması kişinin öz-bakım ya da kendi kendine bakma yeteneğinin, gücünün yüksekliğini gösterir. Sınır/kesme değeri (cut off value) yoktur (EK-6). Bu çalışmada Cronbach Alfa katsayısı 0.78' dir.

3.5. Verilerin Toplanması

Verileri araştırmacının kendisi 15 Mart 2021-15 Temmuz 2021 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği ile toplamıştır. Görüşme yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: SKÖ puanı, ÖBGÖ puanı, sağlığı algılama durumu.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, aile yapısı, çocuk sayısı, sosyal güvencesi, gelir durumu, yaşadığı yer, kronik hastalığının süresi, ne tür kronik hastalığa sahip olduğu, SKÖ puanı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin elektronik ortama yüklenmesi ve kodlanması araştırmacı tarafından yapılmış olup veriler SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra verilerin normallik dağılım analizleri yapılmıştır. Normallik dağılımları Kurtosis ve Skewness kat sayıları ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağıldığı için ikili grupların analizinde bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla grupların analizinde varyans analizi kullanılmıştır. İleri analiz olarak varyansların homojen dağıldığı durumlarda LSD, homejen dağılmadığı durumlarda Dunnett's C kullanılmıştır. Sürekli veriler ile ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişki veriler normal dağıldığı için pearson korelasyon analizi kullanılarak yapılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi yapılmıştır. Analizlerde anlamlı çıkan durumlarda farkın

hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri istatistiksel analizler yapılmıştır. Cronbach Alfa katsayısı, geçerlilik ve güvenilirliğin test edilmesi amacı ile hesaplanmıştır. Sonuçlar $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

Tablo 3.1. Verilerin Normallik Dağılım Analizleri

	Skewness		Kurtosis	
	Değer	SE*	Değer	SE*
Yaş	-0.578	0.124	0.498	0.247
Sağlık Kaderciliği Ölçeği	-0.328	0.124	0.445	0.247
Öz Bakım Gücü Ölçeği	-0.690	0.124	0.757	0.247

*SE: Standart Hata

Tablo 3.1’de görüldüğü gibi Kurtosis ve Skewness katsayılarına göre bu çalışmada sürekli değişken olarak incelenen yaş, Sağlık Kaderciliği Puanı ve Öz Bakım Gücü puanı normal dağılmaktadır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi etik kurul komitesinden (EK-3) ve araştırmanın yapılacağı Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden (EK-7) gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca Prof. Dr. Nursen NAHÇIVAN’ dan geçerlilik ve güvenilirliği onaylanmış öz bakım gücü ölçeği için mail yolu ile izin alınmıştır (EK-8). Danışman sağlık kaderciliği ölçeği yazarlarından biri olduğu için ayrıca izin alınmamıştır. Bu araştırma yapılmadan önce araştırmaya katılacak kronik hastalıklı birey ve yakınlarına görüşme öncesi araştırmanın amacıyla ilgili bilgiler verilmiştir ve araştırmacı tarafından hazırlanan Gönüllü Bilgilendirilmiş Onam Formu okutularak gerekli izin alınmıştır (EK-9). Çalışmada Helsinki Deklarasyonuna uygun davranılmıştır.

3.9. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Çalışmanın yapıldığı zaman Covit 19 vaka artışının yoğun olduğu döneme denk gelmesinden dolayı hastalarla iletişim kurma konusunda zorluk yaşanması araştırmanın güçlüklerindendir. Bu çalışmanın sadece Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji- dahiliye servisinde yapılması araştırmanın sınırlılıklarındandır.



4.BULGULAR

Katılımcıların demografik verileri ve diğer bazı özellikleri Tablo 4.1’ de sunulmaktadır.

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanımlayıcı Veriler						
		n	%			
Cinsiyet	Erkek	184	47.2			
	Kadın	206	52.8			
Eğitim Durumu	Okuryazar	139	35.6			
	İlköğretim	187	47.9			
	Lise	34	8.7			
	Üniversite ve üstü	30	7.7			
Medeni Durum	Evli	339	86.9			
	Bekâr	51	13.1			
Yaşanılan Aile Yapısı	Çekirdek aile	273	70.0			
	Geniş aile	103	26.4			
	Parçalanmış aile	14	3.6			
Çocuk Varlığı-Sayısı	Yok	28	7.2			
	1	18	4.6			
	2-3	159	40.8			
	4 ve üzeri	185	47.4			
Sosyal Güvencesi	Var	330	84.6			
	Yok	60	15.4			
Gelir Durumu	Geliri giderinden az	108	27.7			
	Geliri giderine eşit	209	53.6			
	Geliri giderinden fazla	73	18.7			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	44	11.3			
	Çalışmıyor	346	88.7			
Yaşadığı Yer	Köy/İlçe	164	42.1			
	İl	226	57.9			
Hangi Kronik Hastalığa Sahip	Hipertansiyon	236	60.5			
	Diyabet	169	43.3			
	Böbrek	60	15.4			
	KOAH	34	8.7			
	Romatizmal Hastalıklar	31	7.9			
	Kanser	17	4.4			
	Diğer (Astım, Kalp Yetmezliği, Buerger Hastalığı)	100	25.6			
Sürekli Değişkenler		n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş		390	20	100	63.62	14.76
Hastalık Süresi(ay)		390	6	576	129.90	106.06

n: Katılımcı sayısı, **%:** Yüzde oranı, **Min:** Minimum Puan, **Max:** Maximum Puan, **Ort:** Ortalama Puan, **SS:** Standart Sapma

Tablo 4.1’ de görüldüğü gibi, katılımcıların %52.8’i kadın, %47.9’u ilköğretim mezunu olup, %86.9’u evli ve %70’i çekirdek ailede yaşamaktadır. Katılımcıların

%92.8'inin çocuğu bulunmakla birlikte %84.6'sı sosyal güvenceye sahip ve %53.6'sının geliri giderine eşittir. Katılımcıların %88.7'si bir işte çalışmamakta ve %57.9'u ilde yaşamaktadır. Katılımcıların %42.8'inde birden fazla kronik hastalık bulunmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 63.62 ± 14.76 olup, yaşları 20-100 arasında, ortalama hastalık süresi(ay) 129.90 ± 106.06 arasında değişmektedir

Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık Kaderciliği ve Öz Bakım Gücü Ölçeğinden Aldıkları Puanlara ve Sağlık Algılarına Göre Dağılımı

Ölçek	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Sağlık Kaderciliği Ölçeği	390	17	85	54.03	13.44
Öz Bakım Gücü Ölçeği	390	39	138	98.07	15.54
Sağlık Algısı	n		%		
Çok iyi/iyi	122		31.3		
Orta	181		46.4		
Kötü	87		22.3		

n: Katılımcı sayısı, **%:** Yüzde oranı, **Min:** Minimum Puan, **Max:** Maximum Puan, **Ort:** Ortalama Puan, **SS:** Standart Sapma

Tablo 4.2' de görüldüğü gibi katılımcılar, Sağlık Kaderciliği Ölçeğinden ortalama 54.03 ± 13.44 puan almışlardır ve alınan puanlar 17-85 arasında değişmektedir. Katılımcılar, Öz Bakım Gücü Ölçeğinden ortalama 98.07 ± 15.54 puan almışlardır ve alınan puanlar 39-138 arasında değişmektedir. Katılımcıların %31.3'ü sağlığını çok iyi/iyi, %46.4'ü orta ve %22.3'ü kötü olarak algılamaktadır.

Katılımcıların demografik veriler ve diğer özelliklere göre Sağlık Kaderciliği Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 4.3' de gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlık Kaderciliği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sağlık Kaderciliği Puanı							Post Hoc Test
Tanımlayıcı Veriler		n	Ort.	SS.	Test	p	
Cinsiyet	Erkek	184	53.04	12.90	t=-1.373	0.171	
	Kadın	206	54.91	13.87			
Eğitim Durumu	Okuryazar	139	55.93	13.65	F=2.063	0.105	
	İlköğretim	187	53.38	13.27			
	Lise	34	53.53	13.06			
	Üniversite ve üstü	30	49.87	13.14			
Medeni Durum	Evli	339	54.20	13.06	t=0.654	0.513	
	Bekâr	51	52.88	15.81			
Yaşanılan Aile Yapısı	Çekirdek aile (a)	273	52.81	12.67	F=5.873	0.003	b>c b>a
	Geniş aile (b)	103	57.79	14.05			
	Parçalanmış aile (c)	14	50.14	18.34			
Çocuk Varlığı-Sayısı	Yok	28	49.50	12.18	F=1.479	0.220	
	1	18	57.17	10.48			
	2-3	159	53.91	12.75			
	4 ve üzeri	185	54.52	14.35			
Sosyal Güvencesi	Var	330	53.76	13.11	t=-0.941	0.347	
	Yok	60	55.53	15.16			
Gelir Durumu	Toplam geliri giderinden az	108	53.66	14.77	F=0.450	0.638	
	Toplam geliri giderine eşit	209	54.99	13.06			
	Toplam geliri giderinden fazla	73	52.97	12.49			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	44	51.39	15.87	t=-1.388	0.238	
	Çalışmıyor	346	54.37	13.08			
Yaşadığı Yer	Köy/ilçe	156	52.61	14.77	t=-1.733	0.084	
	İl	226	55.06	12.31			

t: Bağımsız Gruplarda t Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 4.3’ de görüldüğü üzere, cinsiyete, eğitime, medeni duruma, çocuk varlığı ve sayısına, sosyal güvenceye, gelir durumuna, çalışma durumuna ve yaşadığı yere göre sağlık kaderciliği ölçeği puan ortalaması farkının istatistiksel yönden anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Aile yapısına göre baktığımızda; sağlık kaderciliği ölçeği puan ortalaması farkının istatistiksel yönden anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Aile yapısına göre

farklılığın kaynaklandığı aile yapısını belirleyebilmek amacıyla yapılan ileri analizde (LSD); geniş ailede yaşayanların sağlık kaderciliği puanlarının çekirdek ailede ve parçalanmış ailede yaşayanlardan yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Öz Bakım Gücü Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

Tablo 4.4.'de sunulmaktadır.

Tablo 4.4. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Öz Bakım Gücü Puanı							
Tanımlayıcı Veriler		n	Ort.	SS.	Test	p	Post Hoc test
Cinsiyet	Erkek	184	98.86	14.72	t=0.948	0.344	
	Kadın	206	97.37	16.24			
Eğitim Durumu	Okuryazar (a)	139	93.68	15.43	F=6.244	0.000	a<b
	İlköğretim (b)	187	100.01	15.14			a<c
	Lise (c)	34	102.03	17.89			a<d
	Üniversite ve üstü (d)	30	101.90	11.03			
Medeni Durum	Evli (a)	339	98.88	15.12	t=2.667	0.008	a>b
	Bekâr (b)	51	92.69	17.27			
Yaşanılan Aile Yapısı	Çekirdek aile (a)	273	98.88	13.78	F=8.413	0.000	a>b
	Geniş aile (b)	103	92.79	17.60			
	Parçalanmış aile (c)	14	99.79	22.79			
Çocuk Varlığı-Sayısı	Yok (a)	28	96.75	14.18	F=2.720	0.044	c>d
	1 (b)	18	100.44	13.70			
	2-3 (c)	159	100.52	15.61			
	4 ve üzeri (d)	185	95.94	15.62			
Sosyal Güvencesi	Var	330	98.68	15.29	t=1.816	0.070	
	Yok	60	94.73	16.60			
Gelir Durumu	Toplam geliri giderinden az (a)	108	94.95	15.40	F=3.083	0.047	b>a
	Toplam geliri giderine eşit (b)	209	99.42	15.16			
	Toplam geliri giderinden fazla (c)	73	98.84	16.36			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	44	101.61	17.81	t=1.607	0.109	
	Çalışmıyor	346	97.62	15.20			
Yaşadığı Yer	Köy/ilçe	156	98.42	14.94	t=0.375	0.708	
	İl	226	97.82	15.89			

t: Bağımsız Gruplarda t Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 4.4.' de görüldüğü gibi, cinsiyet, sosyal güvence, çalışma durumu ve yaşadığı yere göre öz bakım gücü ölçeği puan ortalaması farkı istatistiksel yönden anlamlılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların eğitim durumuna, medeni durumuna, aile yapısına, çocuk varlığı ve sayısına ve gelir durumuna göre ise; öz bakım gücü puan ortalaması farkının istatistiksel yönden anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Eğitim durumuna göre farklılığın kaynaklandığı grubu belirleyebilmek amacıyla yapılan ileri analizde (LSD); okuryazarların öz bakım gücü puanlarının ilköğretim, lise ve üniversite ve üstü mezunlardan düşük olduğu saptanmıştır.

Medeni duruma göre yapılan analizde, evlilerin öz bakım gücü puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Aile yapısına göre farklılığın kaynaklandığı grubu belirleyebilmek amacıyla yapılan ileri analizde (Dunnett's C); çekirdek ailede yaşayanların öz bakım gücü puanlarının geniş ailede yaşayanlardan yüksek olduğu saptanmıştır.

Çocuk sayısına göre farklılığın kaynaklandığı grubu belirleyebilmek amacıyla yapılan ileri analizde (LSD); çocuk sayısı 2-3 çocuk olanların öz bakım gücü puanlarının 4 çocuk ve üstü olanlardan yüksek olduğu saptanmıştır.

Gelir durumuna göre farklılığın kaynaklandığı grubu belirleyebilmek amacıyla yapılan yapılan ileri analizde (LSD); geliri giderine eşit olanların öz bakım gücü puanlarının geliri giderinden az olanlardan yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Yaş ile Sağlık Kaderciliği ve Öz Bakım Gücü Puanları Arasındaki İlişki

Ölçek Puanları		Yaş
Sağlık Kaderciliği Puanı	r	0.108
	p	0.033
	n	390
Öz Bakım Gücü Puanı	r	-0.149
	p	0.003
	n	390

r: Pearson korelasyon değeri, n:Katılımcı Sayısı

Tablo 4.5 ‘de ele alındığı üzere katılımcıların yaşı ile Sağlık Kaderciliği ölçeği puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Katılımcıların yaşı artış gösterdikçe sağlık kaderciliği puanında artış göstermektedir. Katılımcıların yaşı ile Öz Bakım Gücü puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Katılımcıların yaşı artış gösterdikçe öz bakım gücü puanı azalmaktadır.

Tablo 4.6. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Sağlık Algısına Göre Dağılımı

Tanımlayıcı Veriler		Sağlık Algısı						Önemlilik /Test
		Çok iyi/İyi		Orta		Kötü		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	75	40.8	75	40.8	34	18.5	$\chi^2=14.69$ $p=0.001$
	Kadın	47	22.8	106	51.5	53	25.7	
Eğitim Durumu	Okuryazar	40	28.8	58	41.7	41	29.5	$\chi^2=8.64$ $p=0.195$
	İlköğretim	58	31	93	49.7	36	19.3	
	Lise	12	35.3	18	52.9	4	11.8	
	Üniversite ve üstü	12	40	12	40	6	20	
Medeni Durum	Evli	111	32.7	161	47.5	67	19.8	$\chi^2=9.94$ $p=0.007$
	Bekâr	11	21.6	20	39.2	20	39.2	
Yaşanılan Aile Yapısı	Çekirdek aile	102	37.4	117	42.9	54	19.8	$\chi^2=14.95$ $p=0.001$
	Geniş aile	19	18.4	57	55.3	27	26.2	
	Parçalanmış aile	1	7.1	7	50	6	42.9	
Çocuk Varlığı-Sayısı	Yok	12	42.9	9	32.1	7	25	$\chi^2=6.54$ $p=0.395$
	1	7	38.9	10	55.6	1	5.6	
	2-3	45	28.3	79	49.7	35	22	
	4 ve üzeri	58	31.4	80	44.9	44	23.8	

Tablo 4.6. (Devamı)

Sağlık Algısı								
Tanımlayıcı Veriler		Çok iyi/İyi		Orta		Kötü		Önemlilik /Test
Sosyal Güvencesi	Var	106	32.1	152	46.1	72	21.8	$\chi^2=0.77$ p=0.681
	Yok	16	26.7	29	48.3	15	25	
Gelir Durumu	Toplam geliri giderinden az	26	24.1	51	47.2	31	28.7	$\chi^2=5.79$ p=0.216
	Toplam geliri giderine eşit	70	33.5	99	47.4	40	19.1	
	Toplam geliri giderinden fazla	26	35.6	31	42.5	16	21.9	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	18	40.9	21	47.7	5	11.4	$\chi^2=4.15$ p=0.126
	Çalışmıyor	104	30.1	160	46.2	82	23.7	
Yaşadığı Yer	Köy/İlçe	50	30.5	75	45.7	39	23.8	$\chi^2=0.36$ p=0.835
	İl	72	31.9	106	46.9	48	21.2	
Sürekli Değişken		Çok iyi/iyi Ort. SS.		Orta Ort. SS.		Kötü Ort. SS.		Önemlilik /Test
Yaş		62.57±14.16		62.15±14.30		68.14±15.74		F=5.402 p= 0.05

χ^2 : Ki Kare Testi Değeri, F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 4.6.'da görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum ve aile yapısı ile sağlık algısı oranları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlılık gösterdiği saptanmıştır (p<0.05).

Cinsiyete göre; farklılığın kaynaklandığı grubu belirleyebilmek amacıyla yapılan ileri analizde (χ^2); erkeklerde sağlığını kötü düzey algılayanların oranının kadınlarda kötü düzey algılayanların oranından daha az olduğu saptanmıştır.

Medeni duruma göre; farklılığın kaynaklandığı grubu belirleyebilmek amacıyla yapılan ileri analizde (χ^2); evlilerde sağlığını kötü düzey algılayanların oranının bekârlarda kötü düzey algılayanların oranından daha az olduğu saptanmıştır.

Aile yapısına göre; farklılığın kaynaklandığı grubu belirleyebilmek amacıyla yapılan ileri analizde (χ^2); çekirdek ailede yaşayanlarda sağlığını kötü düzey algılayan bireylerin oranının geniş ailede ve parçalanmış ailede yaşayanlarda sağlığını kötü düzey algılayanların oranından daha az olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6.'da görüldüğü gibi, eğitim durumu, çocuk sayısı, sosyal güvencesi, gelir durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer ve yaş ortalaması ile sağlık algısı oranları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Katılımcıların Sağlık Algısına Göre Sağlık Kaderciliği ve Öz Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Sağlık Kaderciliği Puanı	Öz Bakım Gücü Puanı
		Ort. SS.	Ort. SS.
Sağlık Algısı	Çok iyi /iyi (a)	53.61±11.48	101.20±14.37
	Orta (b)	54.72±13.75	97.97±15.58
	Kötü (c)	53.20±11.28	93.90±16.19
		F=0.465	F=5.761
		p=0.629	p=0.003
Post. Hoc.		-	b>c a>c

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 4.7.'de görüldüğü gibi Sağlık algısına göre Sağlık Kaderciliği Ölçeği puan ortalaması farkı istatistiksel açıdan anlamsızdır ($p>0.05$). Sağlık algısına göre Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması farkının ise istatistiksel yönden anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Farklılığın kaynaklandığı grubu belirleyebilmek amacıyla yapılan ileri analizde (LSD); sağlığını kötü algılayanların öz bakım gücü puanlarının iyi/çok iyi ve orta algılayanların puanından daha az olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.8. Katılımcıların Sağlık Kaderciliği ile Öz Bakım Gücü Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

		Öz Bakım Gücü Ölçek Puanı
Sağlık Kaderciliği Ölçek Puanı	r	0.012
	p	0.820
	n	390

r: Pearson korelasyon değeri, n: Katılımcı Sayısı

Tablo 4.8.'de görüldüğü gibi Sağlık Kaderciliği Ölçek puanı ile Öz Bakım Gücü Ölçek puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

5.TARTIŞMA

Kronik hastalığı olan bireylerde kaderciliğin, öz bakım gücü ve sağlık algısına etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma sonucu edinilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda bu bölümde tartışılmıştır.

Çalışmamızda Sağlık Kaderciliği Ölçeğinden alınan puan ortalamasına baktığımızda kronik hastalıklı bireylerden elde edilen puan ortalaması 54.03 ± 13.44 'dir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Kıyak ve ark.¹³ epilepsili hastalarda yaptığı çalışmada bireylerin sağlık kaderciliği puan ortalamalarını 48.43 ± 17.41 olarak, Dayapoğlu ve ark.¹² epilepsili bireylerde yaptığı çalışmada bireylerin sağlık kaderciliği puan ortalamalarını 55.07 ± 15.68 olarak bulmuştur. Bobov ve Çapık⁵⁴ yaptıkları çalışmada kronik hastalığı olanların puan ortalamasını 65.46 ± 11.65 , olmayanların 60.00 ± 11.67 olduğunu belirlemişlerdir. Bu sonuçlar araştırmamıza benzerdir. Kronik hastalıklar bireylerin yaşamlarında farklılıklara sebep olarak ekstra yük oluşturduğu için bireylerde hastalığın getirdiği bu yükten kurtulmak amacıyla kaderciliğe inanmanın daha kolay olduğunu düşünüyorlar. Bu yüzden de kronik hastalığı olan bireylerde kaderciliğin yüksek olması beklenen bir durumdur diyebiliriz.

Yaptığımız çalışmada bireylerin öz bakım gücü puan ortalaması 98.07 ± 15.54 'dir. Yapılan literatür taramasında Alemdar ve Pakyüz⁶⁴ hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücü puan ortalamasını 102.78 ± 18.81 olarak, Düzöz ve ark.⁶² tip 2 DM'li hastalarda öz bakım gücü puan ortalamasını 90.02 ± 18.17 olarak, Fadıloğlu ve Pehlivan⁹⁹ romatoid artritli hastalarda öz bakım gücü puan ortalamasını 89.42 ± 18.67 olarak, Nazik ve ark.¹⁰⁰ lepra hastalarında yaptıkları çalışmada öz bakım gücü puan ortalamasını 81.32 ± 15.20 olarak bulmuştur. Araştırma sonucu elde ettiğimiz bulgumuz ve literatür sonuçları karşılaştırıldığında kronik hastalıklı bireylerde öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu ve paralellik gösterdiği saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların %22.3'ü sağlığını kötü olarak algılamaktadır. Yapılan literatür taramasında, Çimen¹⁰¹ kronik hastalığı olan yaşlıların %41.5'inin sağlığını kötü ve çok kötü, Yanmış¹⁰² hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %20'sinin sağlığını kötü, Küçük ve Yapar⁸⁸ Tip 2 DM' li hastaların %12.3'ünün sağlığını kötü olarak algıladıklarını belirlemişlerdir. Benzer şekilde Thong ve ark.¹⁰³ diyaliz hastalarının %6.3 'ünün sağlığını kötü, Pan ve Ward¹⁰⁴ Tip 2 DM' li hastaların %29.50 'sinin sağlığını kötü, Ma⁸⁶ hipertansiyon hastalarının %34.1'inin sağlığını orta ve kötü olarak algıladıklarını belirlemişlerdir. Bu çalışmaların bulguları bizim çalışma bulgularımızla paralellik göstermekle birlikte katılımcıların azınlığının sağlığını kötü algıladıkları sonucuna ulaşabiliriz.

Çalışmamızın ilk araştırma sorusu “ **Kronik hastalığı olan bireylerin tanıtıcı özellikleri kadercilik puanını etkiler mi?**” idi. Bu kapsamda sağlık kaderciliğini etkileyen tanıtıcı özelliklerin bireyin aile yapısı ile yaşının olduğunu belirlenmiştir. Bireyin cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk varlığı-sayısı, sosyal güvencesi, gelir durumu, çalışma durumu ve yaşadığı yerin ise sağlık kaderciliğini etkilemediği belirlenmiştir. Geniş ailede yaşayanların sağlık kaderciliği puanlarının çekirdek ve parçalanmış ailede yaşayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık Kaderciliği Ölçeği kullanılarak yapılan çalışma sayısının sınırlı olmasından dolayı farklı kadercilik ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalarla da karşılaştırma yapılmıştır. Yapılan literatür taramasında, Kıyak ve ark.¹³ aile yapısına göre sağlık kaderciliği puan ortalamalarının farklılaştığını ve geniş ailede yaşayanların sağlık kaderciliği puanlarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Geniş ailede yaşayanların kültürlere, dini inançlara ve geleneklere bağlılıklarının fazla olmasından dolayı daha fazla kaderci tutum sergileyecekleri düşünülmektedir. Çalışmamızda bireylerin yaşı arttıkça sağlık kaderciliği toplam puanında artmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bireyin yaşı

arttıkça kendine bakımda zorlanmaya başlayacağı ve ölüm korkusuna bağlı olarak hastalıklar karşısında çaresiz kaldığını hissedeceği düşünülmektedir. Bunun sonucu olarakta kaderci düşünce içinde olacaktır. Çalışmamıza benzer şekilde, Bobov ve Çapık⁵⁴ ve Aydoğdu ve ark.⁵² çalışmalarında bireylerin yaşı arttıkça kadercilik puanının arttığı sonucuna ulaşmışlardır. Aydoğdu ve ark.⁵² çalışmalarında bireylerin prostat kanseri kaderciliği puan ortalamalarının medeni duruma, sosyal güvenceye ve gelir durumuna göre, Egede ve Ellis⁴⁸ çalışmalarında bireylerin eğitim durumuna göre diyabette kadercilik ölçeği puan ortalamalarının farklı olmadığına ulaşmışlardır. Duru⁵⁰ servikal kanserli bireylerde yaptığı çalışmada bireylerin gelir, çalışma ve medeni durumunun kadercilik eğilimlerini farklılaştırmadığını belirtmiştir. Niederdeppe ve ark.¹⁰⁵ kanser kaderciliği üzerine yaptıkları çalışmada bireylerin cinsiyetinin, gelir durumunun ve sosyal güvencesinin kadercilik puanını etkilemediğini belirtmişlerdir. Dayapoğlu ve ark.¹² ise epilepsili hastaların cinsiyet, medeni durum ve yaşadığı yere göre sağlık kaderciliği puan ortalamalarının farklılaşmadığını belirtmişlerdir. Bu bulgulardan yola çıkarak bazı tanıtıcı özelliklerin sağlık kaderciliği üzerinde etkisi olmadığı sonucuna varılabilir.

Çalışmamızın ikinci araştırma sorusu “**Kronik hastalığı olan bireylerin tanıtıcı özellikleri öz bakım gücü puanını etkiler mi?**” idi. Bu kapsamda öz bakım gücünü etkileyen tanıtıcı özelliklerin eğitim durumu, medeni durumu, aile yapısı, çocuk varlığı-sayısı, gelir durumu ve yaş olduğunu belirledik. Bireyin cinsiyeti, sosyal güvencesi, çalışma durumu ve yaşadığı yer ise öz bakım gücünü etkilememekteydi. Eğitim durumuna göre okuryazarların öz bakım gücünün daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durumun sebebi eğitim almayan bireylerin sağlığa dair bilgilerinin az olması, sağlıklarını koruma ve sürdürmek için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmamaları ve hastalığa yönelik farkındalıklarının az olması, eğitim seviyesi daha yüksek bireylerin sosyal ve ekonomik imkânlarının daha iyi olmasıyla bağlantılı olabilir. Çalışmamıza benzer şekilde, Alemdar

ve Pakyüz⁶⁴ hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaptığı çalışmada okuryazar olmayanların, Akansoy¹⁰⁶ hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaptığı çalışmada bir okul bitirmeyenlerin, Bakoğlu ve Yetkin¹⁹ hipertansiyon hastalarında yaptığı çalışmada eğitim durumu ilköğretim ve altı olanların öz bakım gücünün daha düşük olduğunu, bireylerin öz bakım gücünün eğitim durumuna göre farklılaştığını tespit etmişlerdir. Çalışmamızda evli bireylerin öz bakım gücünün bekârlardan yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun sebebinin evlilerin eşlerinden ve varsa çocuklarından aldıkları desteğin onlara pozitif katkıda bulunacağından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Hacıhasanoğlu'nun¹⁰⁷ diyaliz hastaları üzerine ve Fadiloğlu ve Pehlivan'ın⁹⁹ romatoid artritli hastalar üzerine yaptıkları çalışmada evlilerin puan ortalamalarının bekârlardan yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Çalışmamızda çekirdek ailede yaşayanların öz bakım gücü puanlarının geniş ailede yaşayanlardan yüksek olduğu bulunmuştur. Bu duruma geniş ailede yaşayanlarda evdeki birey sayısının fazla olmasına bağlı kişilerin kendilerine yeterince zaman ayıramaması ve bunun sonucu olarak öz bakım aktivitelerini yeterince yerine getirememesinin sebep olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamıza benzer şekilde, Kurbun ve Akten¹⁰⁸ hemodiyaliz hastalarında yaptığı çalışmada çekirdek ailede yaşayanların puan ortalamalarının geniş ailede yaşayanlardan fazla olduğunu bulmuştur. Sarı¹⁰⁹ KOAH hastaları üzerine yaptığı çalışmada katılımcıların aile yapısına göre öz bakım gücünün farklılaştığını, parçalanmış ailede/yalnız yaşayanların öz bakım gücünü, geniş ve çekirdek ailede yaşayanlardan düşük bulmuştur. Düzöz ve ark.⁶² diyabetli hastalarda yaptığı çalışmada katılımcıların aile yapısına göre öz bakım gücünün farklılaştığını tespit etmişlerdir. Ancak sonucu çalışmamızla farklılık göstermektedir. Bu duruma çalışmacının aile yapısını ele alma şeklinin farklılığının sebep olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda çocuk sayısı 2-3 olanların öz bakım gücünün 4 çocuk ve üstü olanlardan yüksek olduğu bulunmuştur.

Çocuk sayısı bireyin sorumluluklarının artmasına, buna paralel olarakta öz bakım gücünde azalmaya sebep olabilir. Taş ve Buldukoğlu'nun¹⁶ şizofreni hastalarında, Bayram'ın¹¹⁰ multiple sklerozlu hastalarda yaptıkları çalışmalarda çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların çocuk sayısına göre öz bakım gücünün farklılaştığını belirlemişlerdir. Ancak çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir. Taş ve Buldukoğlu¹⁶ çocuk sahibi olmayanların çocuk sahibi olanlardan, tek çocuğu olanların iki ve daha fazla sayıda çocuğu olanlardan, Bayram¹¹⁰ çocuğu olmayanların öz bakım gücünün çocuğu olanlardan yüksek olduğunu bulmuştur. Bu duruma araştırmacıların çocuk sayısını ele alma şekillerinin farklılığının sebep olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda geliri giderine eşit olanların öz bakım gücünün geliri giderinden az olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Bireyin gelir durumunun iyi olması sağlık hizmetine ulaşabilmesini kolaylaştıracaktır. Bireyin stresini azaltarak paralelinde hastalığıyla daha kolay başedebilmesini sağlayarak öz bakım gücüne pozitif katkıda bulunacağı söylenebilir. Çalışmamıza benzer şekilde, Sarı¹⁰⁹ KOAH hastalarında ve Baldırcı¹¹¹ hemodiyaliz uygulanan hastalarda yaptığı çalışmalarında geliri giderine eşit olanların öz bakım gücünün geliri giderinden az olanlardan yüksek bulmuşlardır. Solgun¹¹² şizofreni hastalarında yaptığı çalışmada katılımcıların gelir durumu orta olanların öz bakım gücünün kötü olanlardan yüksek olduğunu bulmuştur. Çalışmamızda bireylerin yaşı arttıkça öz bakım gücünün azalmakta olduğu belirlenmiştir. Bu duruma bireyin yaşı arttıkça başkalarına daha bağımlı hale gelmesinin sebep olabileceği düşünülmektedir. Buna bağlı olarak öz bakım gücünde azalması beklenen bir sonuçtur diyebiliriz. Baldırcı¹¹¹ ve Alemdar ve Pakyüz⁶⁴ hemodiyaliz hastaları üzerine yaptıkları çalışmalarda çalışmamıza benzer şekilde bireylerin yaşı arttıkça öz bakım gücünün azaldığı sonucuna ulaşmışlardır. Çalışmamıza benzer şekilde, Alemdar ve Pakyüz⁶⁴ hemodiyaliz hastalarında, Düzöz ve ark.⁶² Tip 2

DM'li hastalarda, Nazik ve ark.¹⁰⁰ lepra hastalarında yaptığı çalışmalarında bireylerin cinsiyetinin, Bahar⁶⁶ hipertansiyon hastalarında yaptığı çalışmada bireylerin cinsiyeti, çalışma durumu ve yaşadığı yerin, Fadıloğlu ve Pehlivan⁹⁹ romatoid artritli hastalarda yaptığı çalışmada bireylerin cinsiyeti ve yaşadıkları yere göre öz bakım gücünü etkilemediğini tespit etmişlerdir.

Çalışmamızın üçüncü araştırma sorusu **“Kronik hastalığı olan bireylerin tanıtıcı özellikleri sağlık algısını etkiler mi?”** idi. Bu kapsamda sağlığı algılama durumunu etkileyen tanıtıcı özelliklerin cinsiyet, medeni durum ve aile yapısı olduğunu belirledik. Bireylerin eğitim durumu, çocuk varlığı-sayısı, sosyal güvencesi, gelir durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer ve yaşı ise sağlığı algılama durumunu etkilememektedir. Cinsiyete göre baktığımızda; erkeklerde sağlığını kötü algılayan bireylerin oranı (%18.5) daha azdır. Bu duruma cinsiyetler arası biyolojik farklılıklar, toplumsal cinsiyet hiyerarşisi ve kadın cinsiyetin toplumsal rollerinin sebep olduğu psikolojik stresörlerin sebep olabileceği düşünülmektedir. Cott ve ark.'nın⁸³ kronik hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmasında erkeklerde azınlığın sağlığını kötü/ çok kötü algıladığı (%9.8), Badawi ve ark.'nın¹¹³ DM'li hastalarda yaptıkları çalışmada sağlığını kötü algılayanlarda erkeklerin azınlıkta (%31.2) olduğunu, Küçük ve Yapar' ın⁸⁸ Tip 2 DM' li hastalarda yaptıkları çalışmada erkeklerin (%8) anlamlı olarak sağlıklarını kadınlardan (%14.8) daha az kötü olarak algıladıkları sonucuna ulaşmışlardır. Çalışmamızda evli bireylerde sağlığını kötü algılayanların (%19.8) oranı daha azdır. Evli olanların eşlerinden ve varsa çocuklarından daha çok sosyal destek almaları ve düzenli bir yaşam tarzlarının olmasından dolayı bekârlara göre sağlıklarını daha iyi algıladıkları düşünülmektedir. Çalışmamıza benzer şekilde, Cott ve ark.'nın⁸³ kronik hastalıklı bireylerde yaptığı çalışmasında evli bireylerde sağlığını orta/kötü algılayanların oranının (%9.8), evli olmayanlardan (%13.5) daha az olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Kara¹¹⁴ Tip

2 DM' li bireyler üzerine yaptığı çalışmasında bizim çalışmamızın aksine medeni durumun sağlığı algılama durumu üzerinde fark oluşturmadığı sonucuna ulaşmıştır. Bu duruma çalışmalarımızdaki örneklem gruplarının farklılığının sebep olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda çekirdek ailede yaşayanlarda sağlığını kötü algılayan bireylerin oranının (%19.8) daha az olduğu belirlenmiştir. Bu durumun sebebinin çekirdek ailede yaşayanlar evdeki birey sayısının azlığına bağlı olarak kendilerine daha fazla vakit ayırabilecek buna bağlı olarak sağlık problemi olduğunda en kısa sürede önlemini alacağından sağlığını daha iyi algılayacağı olabilir. Çalışmamıza benzer şekilde Cabrera-Pivaral ve ark.'nın¹¹⁵ DM'li bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada aile bireyleri ile birlikte yaşayanlarda sağlığını kötü algılama oranının (%11.3) daha az olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu durum bulgumuzu destekler niteliktedir çalışmamızda da parçalanmış ailede yaşayanlarda sağlığını kötü algılayanların oranı daha fazla bulunmuştur. Çalışmamızın aksine Kara¹¹⁴ Tip 2 DM'li bireylerde yaptığı çalışmasında kişinin aile üyeleri ile ya da yalnız yaşamasının sağlığı algılama durumu üzerinde fark oluşturmadığı sonucuna ulaşmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde, Arne ve ark.'nın⁸⁷ KOAH'lı hastalarda, Ma'nın⁸⁶ hipertansiyonlu hastalarda yaptığı çalışmada eğitim durumunun, Kara'nın¹¹⁴ Tip 2 DM' li bireylerde yaptığı çalışmasında bireyin çalışma durumunun, Brown ve ark.¹¹⁶ kronik hastalıklı bireylerde yaptıkları çalışmada bireyin eğitim ve gelir durumunun sağlığı algılama durumunu etkilemediğini belirlemişlerdir. Gür⁸⁹ koroner arter hastaları üzerinde sağlık algısı ölçeği kullanarak yaptığı çalışmasında bireylerin sosyal güvencesinin ve yaşadığı yerin sağlık algısını etkilemediğini belirtmiştir. Bu çalışmaların sonuçları ile çalışmamızın sonuçları örtüşmektedir. Kara¹¹⁴ Tip 2 DM' li bireylerde yaptığı çalışmasında gelir durumunun sağlığı algılama durumuna etki ettiğini ve sağlığını iyi algılayanların çoğunluğunun (%68.8) yüksek gelir düzeyindekiler olduğunu bulmuştur. Bizim çalışmamızda da sağlığını çok iyi/iyi ve orta

algılayanların çoğunluğunu geliri giderinden fazla olanların oluşturduğu saptanmıştır. Çalışmamızda kronik hastalıklı bireylerin yaş ortalaması ile sağlığı algılama durumunun farklılaşmadığı saptanmıştır. Ma'nın⁸⁶ hipertansiyon hastalarında, Thong ve ark.¹⁰³ diyaliz hastalarında yaptıkları çalışmalarda hastaların kendi değerlendirdikleri sağlıkla yaş arasında etkileşim olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Bu bulgular bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Çalışmamızda yaş ile sağlığı algılama durumu arasında farklılık tespit edilmemesinin sebebinin çalışmaya katılan katılımcıların kronik hastalıklı bireylerden oluşması, kronik hastalıklarında genellikle orta ve ileri yaşlarda görülmesine bağlı çalışmaya katılanların yaş ortalamalarının yüksek olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızın dördüncü araştırma sorusu **“Kronik hastalığı olan bireylerde kadercilik ve öz bakım gücü puanı arasında ilişki var mıdır?”** idi. Bu kapsamda sağlık kaderciliği ya da öz bakım gücü puanının yüksek veya düşük olmasının birbirini etkilemediği belirlenmiştir.

Çalışmamızın beşinci araştırma sorusu **“Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık algısı düzeyine göre kadercilik puanı değişir mi?”** idi. Sağlığı algılama durumuna göre sağlık kaderciliği puanı farkına baktığımızda bireylerin sağlığı algılama durumlarının sağlık kaderciliği puanı üzerinde fark oluşturmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızın altıncı araştırma sorusu **“Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık algısı düzeyine göre öz bakım gücü puanı değişir mi?”** idi. Sağlığı algılama durumuna göre öz bakım gücü puanı farkına baktığımızda sağlığını kötü algılayanların öz bakım gücü puanlarının sağlığını çok iyi/ iyi ve orta algılayanlardan daha az olduğu belirlenmiştir. Öz bakım gücü kişinin kendi sağlığı adına gerçekleştirdiği etkinlikler olarak tanımlanmıştır.⁶² Eğer kişi sağlığını kötü algılıyorsa buna paralel olarak sağlığı adına faaliyette bulunma ihtimalide daha az olacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hastalıklı bireylerde kaderciliğin öz bakım gücü ve sağlık algısına etkisi adlı çalışma kesitsel türde araştırma olarak yapılmıştır ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmada bireylerin Sağlık Kaderciliği puan ortalaması ve Öz Bakım Gücü puan ortalamasının orta seviyenin üzerinde olduğu saptanmıştır. Bireylerin sağlığı algılama durumlarına baktığımızda ise çoğunluğun sağlığını orta düzey olarak algıladığı saptanmıştır.

Kronik hastalıklı bireylerde sağlık kaderciliği ile öz bakım gücü puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Kronik hastalıklı bireylerin sağlığı algılama durumuna göre sağlık kaderciliği puanı farkı anlamsızdır.

Kronik hastalıklı bireylerde sağlığını kötü algılayanların öz bakım gücünün, iyi/çok iyi ve orta algılayanlardan daha az olduğu belirlenmiştir.

Kronik hastalıklı bireylerde geniş ailede yaşayanların sağlık kaderciliğinin çekirdek ve parçalanmış ailede yaşayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kronik hastalıklı bireylerin yaşı arttıkça sağlık kaderciliğinde arttığı belirlenmiştir.

Kronik hastalıklı bireylerde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, sosyal güvence, gelir durumu, çalışma durumu ve yaşadığı yerin sağlık kaderciliğini etkilemediği belirlenmiştir.

Kronik hastalıklı bireylerde okuryazarların öz bakım güçlerinin daha düşük olduğu, evlilerin, 2-3 çocuğu olanların, çekirdek ailede yaşayanların ve geliri giderine eşit olanların öz bakım güçlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kronik hastalıklı bireyin yaşı arttıkça öz bakım gücünün azaldığı belirlenmiştir.

Kronik hastalıklı bireylerde cinsiyet, sosyal güvence, çalışma durumu ve yaşadığı yerin öz bakım gücünü etkilemediği belirlenmiştir.

Kronik hastalıklı bireylerden erkeklerde, evlilerde ve çekirdek ailede yaşayanlarda sağlığını kötü algılayanların oranının daha az olduğu belirlenmiştir.

Kronik hastalıklı bireylerde eğitim durumu, çocuk sayısı, sosyal güvence, gelir durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer ve yaşın sağlığı algılama durumunu etkilemediği belirlenmiştir.

Öneriler;

Hemşireler kronik hastalıklı bireylerin sağlığı algılama durumlarını iyileştirecek eğitimler yapabilir. Böylece sağlığını daha iyi algılayan bireylerin öz bakım gücünde artacaktır.

Hemşireler kronik hastalıklı bireylere bakım planlarken bireylerin tanıtıcı özelliklerini dikkate almalıdır çünkü tanıtıcı özelliklerden bazıları sağlık kaderciliği, öz bakım gücü ve sağlığı algılama durumu üzerinde etkili olabilmektedir.

Hemşireler kronik hastalıklı bireylerde kaderciliğin yaşıyla orantılı olarak arttığını ve öz bakım gücünün yaşıyla orantılı olarak azaldığını göz önünde bulundurmalıdır. Bireylerde hastalığa veya uygulanan tedaviye yönelik olumsuzluğa sebep olabilecek durumlarla karşılaştığında uygun müdahalede bulunmalı ve ileri yaştaki bireylerde öz bakım güçlerini arttıracak girişimler uygulamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü. Makaleler/Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar. <https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/makaleler/bulasici-olmayan-hastaliklar-nelerdir>. 13 Mart 2021.
2. Oksel E, Akbıyık A, Koçak G. Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda öz-bakım davranışlarının incelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2016, 1: 1-8.
3. World Health Organization. Health Topics/Noncommunicable diseases. https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1. 13 Mart 2021
4. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1: 57-72.
5. Unger JB, Ritt-Olson A, Teran L, Huang T, Hoffman BR, Palmer P. Cultural values and substance use in a multiethnic sample of California adolescents. *Addiction Research & Theory*, 2002, 10: 257-279.
6. Zeynep K, Erdem R. Fatalizm eğiliminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2019, 1: 1-16.
7. Orhan K. Validity and reliability study of fatality tendency scale. *Uluslararası Medeniyet Çalışmaları Dergisi*, 2017, 2: 83-102.
8. De Los Monteros KE, Gallo LC. The relevance of fatalism in the study of Latinas' cancer screening behavior: A systematic review of the literature. *International journal of behavioral medicine*, 2011, 18: 310-318.
9. Urizar GG, Sears SF. Psychosocial and cultural influences on cardiovascular health and quality of life among Hispanic cardiac patients in South Florida. *Journal of behavioral medicine*, 2006, 29: 255-268.

10. Powe BD, Finnie R. Cancer fatalism: the state of the science. *Cancer nursing*, 2003, 26: 454-467.
11. Pınar Coşkun S. Yoksul Kadınlarda Meme Kanseri Korkusu ve Kadercilik Algısının Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir:Dokuz Eylül Üniversitesi, 2019.
12. Dayapoglu N, Ayyıldız Nİ, Şeker D. Determination of health fatalism and the factors affecting health fatalism in patients with epilepsy in the North of Turkey. *Epilepsy & Behavior*, 2021, 115: 107641.
13. Kiyak E, Erkal E, Demir S, Demirkiran BC, Uren Y, Erguney S. Evaluation of attitudes toward epilepsy and health fatalism in northeastern Turkey. *Epilepsy & Behavior*, 2021, 115: 107495.
14. Akyol AD, Karadakovan A. Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 2002, 41: 97-102.
15. Kara B. Öz-Bakım tanımı ve kavramsal yönü. *Sendrom Aktüel Aylık Tıp Dergisi*, 2001, 13: 105-108.
16. Taş S, Buldukoğlu K. Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde öz-bakım gücü ve bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2015, 9: 11-22.
17. Velioğlu P. Öz Bakım Yetersizliği Kuramı. İçinde:*Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012: 319-343.
18. Warren-Findlow J, Seymour RB, Huber LRB. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *Journal of community health*, 2012, 37: 15-24.

19. Bakoglu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu hastaların öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi*, 2000, 4: 41-49.
20. Çapık C. Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2006.
21. Karabayır N. Lise Öğrencilerinde Sağlık Algısının Riskli Sağlık Davranışlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2019.
22. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. *Journal of Community Psychology*, 2007, 35: 557-561.
23. Bilir N, Subaşı NP. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü. İçinde: Güler Ç, Akın L (editörler). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006: 1032-1034.
24. Aylaz R. Kronik Hastalıklar. İçinde: Erci B (editör). *Halk Sağlığı Hemşireliği*, 2. Baskı. Elazığ, Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri, 2019:331-332.
25. Martin CM. Chronic disease and illness care: adding principles of family medicine to address ongoing health system redesign. *Canadian Family Physician*, 2007, 53: 2086-2091.
26. Bilir N. Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2006, 25: 1-6.
27. Özpancar N, Fesci H. Hipertansiyon ve yaşam kalitesi. *Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi*, 2008, 8: 3.

28. World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health/Global status report on noncommunicable diseases https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/. 15 Mart 2021.
29. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020, <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-progress-monitor-2020>. 22 Nisan 2021.
30. *Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025*. Ankara, T.C.Sağlık Bakanlığı, 2017: 1.
31. Türkiye İstatistik Kurumu. Hayat Tabloları, 2017-2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2017-2019-33711>. 22 Mart 2021.
32. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2019-33712>. 22 Mart 2021.
33. Türkmen E. Kronik Hastalıklar ve Önemi. İçinde: Durna Z. (Editör). Kronik Hastalıklar ve Bakım, 1.Baskı.İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012: 37-49.
34. Aşut Ö. *Sağlıkta 30 Yıl*. 1. Baskı. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007: 48.
35. Kaya A, Bozkur B. Kadercilik eğilimi ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin University Journal of the Faculty of Education*, 2015, 11.
36. Macit M. *Boyun Eğme-Başa Çıkma Sarkacında Kadercilik: Sosyal Psikolojik Bir Yaklaşım*. 1.Baskı. İstanbul, Ötüken Neşriyat, 2014.
37. Albayrak A, Atan BA. Hükümlülerde Kader ve Kadercilik. *Kader*, 2019, 17: 124-152.

38. Kasapoğlu A. Kur'an açısından fatalizm-inkârcıların bir tutumu olarak kadercilik. *Hikmet Yurdu*, 2008, 1: 87-107.
39. Zimbardo PG, Boyd JN. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. İçinde: *Time perspective theory; review, research and application*, Springer, 2015: 17-55.
40. Rougier C. Cultural values religiosity and spirituality as predictors of professional psychological help-seeking behavior of black adults in the united states. Columbia University, 2011.
41. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, 1978: 2-21.
42. Ross CE, Mirowsky J, Cockerham WC. Social class, Mexican culture, and fatalism: Their effects on psychological distress. *American Journal of Community Psychology*, 1983, 11: 383-399.
43. Ramírez AS, Carmona KA. Beyond fatalism: Information overload as a mechanism to understand health disparities. *Social Science & Medicine*, 2018, 219: 11-18.
44. Lange LJ, Piette JD. Personal models for diabetes in context and patients' health status. *Journal of behavioral medicine*, 2006, 29: 239.
45. Sharf BF, Stelljes LA, Gordon HS. 'A little bitty spot and I'm a big man': patients' perspectives on refusing diagnosis or treatment for lung cancer. *Psycho-oncology*, 2005, 14: 636-646.
46. Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2006, 9: 78-87.
47. Pehlivan İ. Hipertansiyon Hastalarında İlaç Uyumu ve Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Sanko Üniversitesi, 2019.

48. Egede LE, Ellis C. Development and psychometric properties of the 12-item diabetes fatalism scale. *Journal of general internal medicine*, 2010, 25: 61-66.
49. Selvi A. Yakınında Meme Kanseri Olan Kadınların Öğrenim Gereksinimleri ile Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişki. Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2019.
50. Duru G. Kadınların Kadercilik Eğilimleri ile Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2020.
51. Ersin F, Çapık C, Kıssal A, Gördes Aydoğdu N, Beşer A. Meme kanseri kadercilik ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. 17. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 2014: 20-24.
52. Aydoğdu NG, Çapık C, Ersin F, Kıssal A, Bahar Z. The reliability and validity of prostate cancer fatalism inventory in Turkish language. *Journal of religion and health*, 2017, 56: 1670-1682.
53. Aydın MA. Kolorektal Kanseri Kaderciliği ile Duyarlılık ve Engel Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2017.
54. Bobov G, Capik C. The reliability and validity of the religious health fatalism scale in Turkish language. *Journal of religion and health*, 2020, 59: 1080-1095.
55. Kızılarıslan V. Kadercilik Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2020.
56. Shen L, Condit CM, Wright L. The psychometric property and validation of a fatalism scale. *Psychology and Health*, 2009, 24: 597-613.

57. Bakoğlu E, Şekerci K, Yaman S, Çevik M. Periton diyalizli hastalarda öz-bakım gücü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 4: 65-78.
58. Bakan AB, Aslan G, Yıldız M. Determination of Breast Cancer Fatalism in Women and the Investigation of the Relationship Between Women's Cervical Cancer and Pap Smear Test Health Beliefs with Religious Orientation and Fatalism. *Journal of religion and health*, 2021, 60: 1856-1876.
59. Çelik Y. Orem'in öz bakım eksikliği kuramı ve bu kurama göre sağ ayak bileği ve pelvis kırığı olan hastanın hemşirelik bakımı. *Sağlık ve Toplum*, 2019, 29: 99-104.
60. Altıparmak S, Fadiloğlu Ç, Gürsoy ŞT, Altıparmak O. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, 2011, 50: 95-102.
61. Hançerlioğlu S, Aykar FŞ. Kronik hastalıklarda öz-bakım yönetimi ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 7: 175-183.
62. Türkcan Düzöz G, Çatalkaya D, Demir Uysal D. Tip 2 diabetes mellituslu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. 2009.
63. Karabulutlu E, Mehtap T. Sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında yaşam kalitesi ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2005, 8: 1-11.
64. Alemdar H, Pakyüz SÇ. Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2015, 10: 19-30.
65. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health affairs*, 2001, 20: 64-78.

66. Bahar A. Hipertansiyonu olan hastaların öz bakım gücünün belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2011, 8: 18-23.
67. Parissopoulos S, Kotzabassaki S. Orem's self-care theory, transactional analysis and the management of elderly rehabilitation. *ICUS Nursing Web Journal*, 2004, 17: 1-11.
68. Ward- Griffin C, Bramwell L. The congruence of elderly client and nurse perceptions of the clients' self- care agency. *Journal of Advanced Nursing*, 1990, 15: 1070-1077.
69. Büyükkaya D, Fesci H, Akdemir N. Karaciğer Sirozu Olan Hastaların Öz-Bakım Güçlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2006, 9: 13-24.
70. Padula CA. Self- Care and the Elderly: Review and Implications. *Public Health Nursing*, 1992, 9: 22-28.
71. Nahçıvan N. Sağlıklı Gençlerde Öz Bakım Gücü ve Aile Ortamına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1993.
72. Aksoy T, Hülya U. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 1: 53-67.
73. Mete S. Hemşireliğin Temel Kavramları. İçinde: Aştı TA, Karadağ A (editörler). *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı*, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2014:65.
74. Akça Ay F. Sağlık. İçinde: Akça Ay F (editör). *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*, 2. Baskı. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2008:39-40.
75. World Health Organization. About WHO/Frequently asked question. <https://www.who.int/about/frequently-asked-questions>. 20 Mart 2021.

76. Huang G-H, Palta M, Allen C, LeCaire T, D'Alessio D. Self-rated health among young people with type 1 diabetes in relation to risk factors in a longitudinal study. *American journal of epidemiology*, 2004, 159: 364-372.
77. Erengin H, Dedeoğlu N. Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu: algılanan sağlık. *Toplum ve Hekim*, 1997, 12: 11-16.
78. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nursing research*, 1996, 45: 30-36.
79. Sebahat G, Ayfer T. *I Uluslararası VIII Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*.1.Baskı. 2000: 294-300.
80. Møller L, Kristensen TS, Hollnagel H. Self rated health as a predictor of coronary heart disease in Copenhagen, Denmark. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1996, 50: 423-428.
81. Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2008, 11: 17-26.
82. Goldberg P, Guéguen A, Schmaus A, Nakache J, Goldberg M. Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2001, 55: 233-238.
83. Cott CA, Gignac MA, Badley EM. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1999, 53: 731-736.

84. Gül E. Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yeme Davranışı ve Sağlık Algısı ile İlişkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2018.
85. Undén A-L, Elofsson S, Andréasson A, Hillered E, Eriksson I, Brismar K. Gender differences in self-rated health, quality of life, quality of care, and metabolic control in patients with diabetes. *Gender medicine*, 2008, 5: 162-180.
86. Ma C, Zhou W, Huang C, Huang S. A cross-sectional survey of self-rated health and its determinants in patients with hypertension. *Applied Nursing Research*, 2015, 28: 347-351.
87. Arne M, Lundin F, Boman G, Janson C, Janson S, Emtner M. Factors associated with good self-rated health and quality of life in subjects with self-reported COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 2011, 6: 511.
88. Küçük E, Yapar K. Tip II diyabetli hastalarda sağlık algısı, sağlıkla ilgili davranışlar ve ilaç tedavisine uyum: Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi'nde bir çalışma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016, 15.
89. Gözde G, Sunal N. Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2017, 6: 210-219.
90. Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2013, 55: 181-187.
91. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012, 26: 151-157.

92. Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull*, 2016, 15: 181-189.
93. Durmaz S, Sürücü E, Ozvurmaz S. Mermer Fabrikası İşçilerinde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Medical Sciences*, 15: 81-91.
94. Dursun Sİ, Vural B, Keskin B, Kaçar HK, Beyhan A, Kadioğlu H. Yetişkinlerde Geleneksel/Tamamlayıcı Tıp Tutumu ile Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişk. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2019, 1: 1-10.
95. Koç N. Tarım İşçilerinin Yaşam Koşulları, Sağlık Algısı, Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Aydın:Adnan Menderes Üniversitesi,2020.
96. Franklin MD, Schlundt DG, Wallston KA. Development and validation of a religious health fatalism measure for the African-American faith community. *Journal of Health Psychology*, 2008, 13: 323-335.
97. Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an instrument to measure exercise of self- care agency. *Research in nursing & health*, 1979, 2: 25-34.
98. Nahcivan N. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması: Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 1994, 7: 109-119.
99. Fadiloğlu Ç, Pehlivan S. Romatoid artritli hastalarda öz bakım gücü ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2015, 31: 27-38.
100. Nazik H, Gül FÇ, Gül FC, Nazik S, Okay RA, Mülâyim MK, Öztürk P, Demir B. Lepra hastalarında öz bakım gücünün değerlendirilmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 2018, 7: 77-82.

101. Çimen Z. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Algısı İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2015.
102. Yanmış S. Sağlık Algısının Hemodiyalize Bağımlı Olan Bireylerde Diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluğuna Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2016.
103. Thong MS, Kaptein AA, Benyamini Y, Krediet RT, Boeschoten EW, Dekker FW, Group NCSotAoDS. Association between a self-rated health question and mortality in young and old dialysis patients: a cohort study. *American Journal of Kidney Diseases*, 2008, 52: 111-117.
104. Pan X, Ward RM. Self-management and self-rated health among middle-aged and older adults with type 2 diabetes in china: a structural equation model. *Social Indicators Research*, 2015, 120: 247-260.
105. Niederdeppe J, Levy AG. Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behaviors. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 2007, 16: 998-1003.
106. Akansoy NY. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Devlet Hastanelerinde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Gazimağusa: Doğu Akdeniz Üniversitesi, 2018.
107. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2009, 25: 87-100.

108. Kurbun H, Akten İM. Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Evaluating the Self-Care Ability and Quality of Life in Hemodialysis Patients.
109. Sarı E. KOAH Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Öz Bakım Gücüne Etkisi. Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, 2020.
110. Aysun B. Multiple Skelrozlu Hastalarda Hastalığa Uyum ve Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2020.
111. Esra B. Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Yorgunluk ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2016.
112. Solgun C. Şizofreni hastalarında yetiyitimi içgörü ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Sakarya Üniversitesi, 2019.
113. Badawi G, Gariépy G, Pagé V, Schmitz N. Indicators of self- rated health in the Canadian population with diabetes. *Diabetic Medicine*, 2012, 29: 1021-1028.
114. Kara B. Self-rated health and associated factors in older Turkish adults with type 2 diabetes: A pilot study. *Journal of Transcultural Nursing*, 2017, 28: 40-47.
115. Cabrera-Pivaral CE, Cárdenas-Ayón E, Franco-Chávez SA, Ramírez-García SA, Zavala-González MA. Self-perception of health status in people retired due to diabetes mellitus complications from Guadalajara, Mexico. *Revista de Salud Pública*, 2019, 21: 89-93.
116. Brown AF, Ang A, Pebley AR. The relationship between neighborhood characteristics and self-rated health for adults with chronic conditions. *American Journal of Public Health*, 2007, 97: 926-932.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Doğum tarihi: Doğum Yeri: Medeni Hali: Uyruğu: Adres: Tel: Faks: E-mail:
Eğitim
Lise: Lisans: Yüksek lisans:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Ayşenur YILDIRIM
Öğrencinin Numarası	
Ana Bilim Dalı	Halk Sağlığı Hemşireliği
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans

Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.

Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	% 4	% 15
II. Genel Bilgiler	% 15	% 35
III. Materyal ve Metod	% 26	% 35
IV. Bulgular	% 8	% 15
V. Tartışma	% 3	% 20

Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5 'den büyük olmaması gerekir.

Tez Yazarı (Öğrenci)	Tez Danışmanı
Ayşenur YILDIRIM	Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU

	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU
Sayı: 2020-6/15	Tarih: 11.12.2020
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Cantürk ÇAPIK, Ayşenur YILDIRIM isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Kaderciliğin Öz Bakım Gücü ve Sağlık Algısına Etkisi” başlıklı araştırmayı etik açıdan uygun bulmuştur.	
	

EK-4. HASTA TANITIM FORMU

Sayın katılımcı,

Aşağıdaki soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur, sadece sizin konu hakkındaki görüşünüzü öğrenmek için sorulmaktadır. Lütfen soruları okuyarak sizin düşüncenizi en iyi yansıtan cevaba “X” işaretini koyunuz. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

A)DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1)Yaşınız.....

2)Cinsiyetiz

☐ Erkek ☐ Kadın

3)Eğitim durumunuz

☐ Okuryazar

☐ İlköğretim

☐ Lise

☐ Üniversite ve üstü

4)Medeni durum

☐ Evli ☐ Bekar

5)Aile yapınız

☐ Çekirdek aile ☐ Geniş aile ☐ Parçalanmış aile

6)Çocuk varlığı-sayısı

☐ Yok ☐ 1 çocuk ☐ 2-3 çocuk ☐ 4 çocuk ve üstü

7)Sosyal güvenceniz

☐Var ☐Yok

8)Gelir durumunuz

☐Gelir giderden az

☐Gelir gidere eşit

☐Gelir giderden fazla

9)Çalışma durumunuz

☐Çalışıyor

☐Çalışmıyor

10)Yaşadığınız yer

☐Köy

☐İlçe

☐İl

B)HASTALIĞA İLİŞKİN FAKTÖRLER

11)Hangi kronik hastalığa sahipsiniz?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

☐Hipertansiyon

☐Diyabet

☐Böbrek

☐Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

☐Romatizmal hastalıklar

☐Kanser

☐Diğer

12)Kronik hastalığınız kaç aydır/yıldır var?

13)Genel olarak değerlendirdiğinizde sağlık durumunuz nasıldır?

☐Çok iyi

☐İyi

☐Orta

☐Kötü



EK-5. SAĞLIK KADERCİLİĞİ ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı,

Aşağıdaki soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur, sadece sizin konu hakkındaki görüşünüzü öğrenmek için sorulmaktadır. Lütfen soruları okuyarak sizin düşüncenizi en iyi yansıtan cevaba “X” işaretini koyunuz. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

SORULAR		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Eğer sağlığım için yalnızca Allaha dua edersem o beni iyileştirir.					
2	Hasta olduğum zaman dertlerimi Allaha havale ederim ve çözümünü ondan beklerim.					
3	Huzurunda lütfâ sahip olduğum için Allah benim sağlığımı korur.					
4	Allah, daha sağlıklı olmamı isterse bunu sağlar.					
5	Sağlığım hakkında endişelenmiyorum çünkü bu Allah’ın elinde olan bir şeydir.					
6	Hastalandığımda Allah iyileşmemi isteyene kadar beklemek zorundayım.					
7	Bir sağlık problemim olduğunda, iyileşmek için Allah’a dua ederim.					
8	İbadetlerime devam ettiğim sürece, her türlü hastalıktan korunurum.					
9	Dindar insanlar Allah onlar için ne takdir ettiyse kabul etmelidir.					
10	Bana şifa vermesi için insana değil Allah’a güvenirim.					
11	Bir insanda iman varsa doktorlar hiçbir şey yapmasa bile şifa bulur.					
12	Allah bazen insanların bir sebepten dolayı hasta olmasına izin verir.					
13	Eğer hasta olursam Allah’ın iradesiyle olmuştur.					
14	Herhangi bir hastalığa yakalanacaksam, bunu daha önceden Allah planlamıştır.					
15	Bazen bir insan Allah’a itaat etmediği için hastalanabilir.					
16	Daha sağlıklı olmam için çabalamama gerek yok çünkü bu Allah’ın elindedir.					
17	Küçük sağlık problemlerimi kendim kontrol edebilirim ama büyük olanları sadece Allah kontrol eder.					

EK-6. ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi belirtiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı ifade ediniz.

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	()	()	()	()	()
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	()	()	()	()	()
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	()	()	()	()	()
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.	()	()	()	()	()

18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygulayırım.	()	()	()	()	()
20.Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25.Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	()	()	()	()	()
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()

EK-7. KURUM İZNİ



T.C.
ERZİNCAN VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bakanlığı-Erzincan Binali YILDIRIM Üniversitesi
Mengücek Gazi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

ERZİNCAN MENGÜCEK GAZİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ BAŞKANLIĞI - ERZİNCAN MENGÜCEK
GAZİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İDARI VE
MALİ HİZMETLER MÜDÜRLÜĞÜ (Mehmet KILIÇ)
23.03.2021 17:09 8.6269109 - 771 - 777



Sayı : E-62639109-771
Konu : Uygulama İzni (Ayşenur
YILDIRIM)

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına

İlgi : 15/03/2021 tarihli ve 62639109-E.2100078057 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Ayşenur YILDIRIMIN' ın, "Kronik hastalığı olan bireylerde kaderciliğin öz bakım gücü ve sağlık algısına etkisi" başlıklı tez çalışmasını hastanemizde yapması uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

EK-8. ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

ölçek kullanım izni Gelen Kutusu x ✕ 🖨 🔗



Ayşenur Yıldırım 28 Eki 2020 10:08 ☆ ↩ ⋮

Alıcı: nursen ▾

TC
Ben Ayşenur Yıldırım Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalında tezli yüksek lisans yapmaktayım.Danışmanım Doç.Dr.Cantürk Çapık ile kronik hastalıklar üzerine çalışacağız,yapmış olduğunuz geçerlilik ve güvenilirliği onaylanmış öz-bakım gücü ölçeğinizi çalışmamızda kullanmayı talep ediyorum.Yardımcı olabilir misiniz.Saygılarımla ,teşekkür ederim.



NURSEN NAHCİVAN 📧 28 Eki 2020 12:14 ☆ ↩ ⋮

Alıcı: ben ▾

Sayın Ayşenur YILDIRIM,

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni tez çalışmanızda kaynak göstermek suretiyle elbette kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ihtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dileklerimle,

--
Prof. Dr. Nursen NAHCİVAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Emekli Öğretim Üyesi
E posta:

EK-9. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

“Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Kaderciliğin Öz Bakım Gücü ve Sağlık Algısına Etkisi” belirlemek amacıyla yapılan çalışma kapsamında “**ANKET FORMU**” sorularını cevaplandırmanız beklenmektedir. Araştırma bilimsel amaçlı yapılmaktadır ve en az 384 kişiye yapılacaktır. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkınız vardır. Araştırmaya katılacağınız süre 15-20 dakikanızı alacaktır. Araştırmaya katılım isteğe bağlı olup, istenildiği zaman, bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın araştırmadan çekilme hakkına sahiptir. Gönüllünün isteğine bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabir. Herhangi bir rahatsızlık ve risk yoktur. Edilen bilgiler başka bir alanda kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Her durumda kayıtlar ve sonuçların yayımlanması halinde gönüllülerin kimliği gizli kalacaktır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için

Veli Adı – Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Açıklamaları Yapan Araştırmacı

Ayşenur YILDIRIM

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

