



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

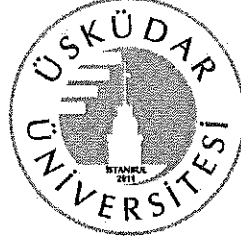
**DİYALİZ HASTALARININ EŞLERİNİN EMPATİK EĞİLİM VE
EMPATİK BECERİSİ İLE DİYALİZ HASTALARININ HAYAT
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Ayşenur İŞILDAR

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Barış ÖNEN ÜNSALVER

İstanbul - 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**DİYALİZ HASTALARININ EŞLERİNİN EMPATİK EĞİLİM VE
EMPATİK BECERİSİ İLE DİYALİZ HASTALARININ HAYAT
KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Ayşenur İŞILDAR

154102095

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Barış ÖNEN ÜNSALVER

İstanbul - 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102095
Öğrenci Adı Soyadı	: AYŞENUR İŞILDAR
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Barış Önen Ünsalver
Tezin Başlığı	: DİYALİZ HASTALARININ EŞLERİNİN EMPATİK EĞİLİM VE EMPATİK BECERİ İLE DİYALİZ HASTLARININ HAYAT KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 25.01.2018	Saati	: 09:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="radio"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="radio"/> Değişmedi. <input type="radio"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="radio"/> GELMEDİ		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Barış Önen Ünsalver	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Eylem Özten	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Diyaliz hastalarının eşlerinin empatik eğilim ve empati becerisi ile diyaliz hastalarının hayat kalitesi arasındaki ilişki” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih: 25/01/2018

Adı SOYADI: Ayşenur İŞILDAR

İmza



TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın uygulanması sürecinde her zaman görüşlerinden yararlandığım ve yardım aldığım tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Barış ÖNEN ÜNSALVER'e, veri toplamamda yardımcı olan Bayraktar Diyaliz Merkezi'nden Dr. Savcı BAYRAKTAR'a ve Rentek Diyaliz Merkezi'nden Uz. Dr. Gürkan YURTERİ'ye, hastalarla ve hasta eşleriyle görüşmeler ayarlayan başhemşire Arzu ATABAY'a, hemşire Buse ERBAY'a ve diğer hemşilere, bana her zaman destek olan annem Lütfiye İŐİLDAR'a, babam İbrahim İŐİLDAR'a, abim Bilal İŐİLDAR'a ve ablam Kübra ÖZHÜSREV'e, yardımlarını esirgemeyen yengem Serpil İŐİLDAR'a, dayım Muharrem BALABAN'a, yengem Reyhan BALABAN'a ve amcam Ekrem İŐİLDAR'a teşekkürü bir borç bilirim.

Ayşenur İŐİLDAR

(IŞILDAR, Ayşenur, Yüksek Lisans, İstanbul, 2018)

Diyaliz hastalarının eşlerinin empatik eğilim ve empatik becerisi ile diyaliz hastalarının hayat kalitesi arasındaki ilişki

ÖZET

Böbrek yetmezliği hastalığı son dönemlerde artmakta olan bir hastalık türüdür. Tedavi süreci ise hastalar ve hasta yakınları için psikolojik, psikososyal, ekonomik ve fiziksel anlamda çok yıpratıcıdır. Hasta yakınlarının davranışları bu dönemde hastaları doğrudan etkileyebilmektedir. Buna uygun olarak araştırmanın amacı, diyaliz hastalarının eşlerinin empatik beceri ve empatik eğilim düzeylerinin diyaliz hastalarının hayat kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeylerini ne derecede etkilediğini görebilmektir.

Araştırmaya İstanbul ilinde bulunan izin alınmış olan diyaliz merkezlerinde tedavi gören 30 hasta ve bu hastaların eşleri katılmıştır. Araştırmada veri toplamak amacı ile diyaliz hastalarının hayat kalitelerini belirlemek için Short Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi ölçeği; anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek için Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeği; diyaliz hastalarının eşlerinin empatik beceri ve empatik eğilim düzeylerini belirlemek için Empatik Beceri ölçeği ve Empatik Eğilim ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmanın sonucunda, diyaliz hastalarının hayat kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile diyaliz hastalarının eşlerinin empatik beceri ve empatik eğilim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Empatik eğilim ile SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından enerji alanı arasında anlamlı ilişki; genel sağlık ile zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Fiziksel rol güçlüğü ile empatik beceri arasında zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile empatik beceri ve empatik eğilim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Diyaliz Hastası, Diyaliz Hastası Eşi, Yaşam Kalitesi, Anksiyete, Depresyon, Empati

(IŞILDAR, Ayşenur, Yüksek Lisans, İstanbul, 2018)

The relationship between the empathic tendency and empathic skill of the partners of dialysis patients and the quality of life of the dialysis patients

ABSTRACT

In recent years, renal failure is a common disease. The process of treatment is psychologically, psychosocially, physically and economically very difficult for patients and their family. The behaviors of the patients' family may directly affect the patients in this period. The aim of the research is to determine whether the empathic skill and empathic tendency levels of the patients' partners affect the quality of life, anxiety and depression levels of the patients.

The research was done in certified dialysis center in İstanbul. Thirty patients on dialysis treatment and their partners participated for the research. Short Form-36 (SF-36) Quality of Life scale and Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale used in order to determine quality of life, anxiety, depression levels of the patients; Empathic Skill scale and Empathic Tendency scale used for the patients' partners in the research.

In conclusion of the research, there is no statistically significant relationship between levels of empathic skills and empathic tendency of patients' partners and levels of quality of life, anxiety and depression of patients. There is a significant relationship between vitality which sub-dimension of SF-36 scale and empathic tendency. There is a weak and significant relationship between general health and empathic tendency. There is a weak and significant relationship between role-physical and empathic skills. There is no significant relationship between levels of anxiety and depression of the patients and the levels of empathic skills and empathic tendency.

Key words: Dialysis Patient, Partner of Dialysis Patient, Quality of Life, Anxiety, Depression, Empathy

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
Tez Sınav Tutanağı.....	i
Yemin Metni.....	ii
Teşekkür.....	iii
Özet.....	iv
Abstract.....	v
İçindekiler.....	vi
Kısaltmalar.....	x
Tablolar listesi.....	xi
Ekler listesi.....	xiii
BİRİNCİ BÖLÜM – GİRİŞ.....	1
1.1.Problem Durumu.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	1
1.3.Araştırmanın Alt Amaçları.....	2
1.4.Araştırmanın Önemi.....	3
1.5.Hipotezler.....	3
1.6.Sınırlılıklar.....	3
1.7.Araştırmanın İçeriğine Genel Bakış.....	4
İKİNCİ BÖLÜM – LİTERATÜR.....	5
2.1. Böbrek Yetmezliği Genel Bilgiler.....	5
2.1.1. Böbrek Yetmezliği Tanımı.....	5

2.1.2. Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi.....	6
2.1.3. Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi.....	6
2.1.4. Böbrek Yetmezliği Evreleri.....	6
2.1.5. Böbrek Yetmezliği Belirtileri.....	7
2.1.6. Böbrek Yetmezliğinde Morbidite ve Mortalite.....	7
2.1.7. Böbrek Yetmezliği Yaşayan Hastaların Psikolojik, Ekonomik ve Sosyal Durumları.....	8
2.1.8. Böbrek Yetmezliği Yaşayan Hastaların Yakınlarının Psikolojik Durumları.....	10
2.1.9. Böbrek Yetmezliği Tedavi Yöntemleri.....	11
2.1.9.1. Hemodiyaliz Tedavisi.....	12
2.1.9.2. Periton Diyalizi Tedavisi.....	14
2.1.9.3. Böbrek Transplantasyonu.....	15
2.2.Hayat Kalitesi Genel Bilgiler.....	16
2.2.1. Hayat Kalitesi Tanımı.....	16
2.2.2. Böbrek Yetmezliği ve Hayat Kalitesi.....	19
2.3.Empati Genel Bilgiler.....	20
2.3.1. Empati Tanımı.....	20
2.3.2. Empatinin Hasta Bireyler Üzerindeki Etkileri ile İlgili Araştırmalar.....	24
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM – YÖNTEM.....	25
3.1.Örnekleme.....	25
3.2.Veri Toplama Araçları.....	25

3.2.1.	Sosyo-Demografik Veri Formu	25
3.2.2.	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	26
3.2.3.	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	26
3.2.4.	Empatik Beceri Ölçeği B-Formu.....	26
3.2.5.	Empatik Eğilim Ölçeği.....	27
3.3.	Verilerin İstatistiksel Analizi.....	27
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM – BULGULAR.....		28
4.1.	Sosyo-Demografik Özellikler.....	28
4.2.	Tanımlayıcı İstatistikler.....	31
4.3.	Hasta ve Hasta Eşlerine Uygulanan Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Düzeyleri.....	32
4.4.	Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması.....	34
4.4.1.	Hastaların Cinsiyetlerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	34
4.4.2.	Hastaların Yaşlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
4.4.3.	Hastaların Eğitim Durumlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	37
4.4.4.	Hastaların Sahip Oldukları Çocuk Sayılarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	39

4.4.5.	Hastaların Gelir Düzeylerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
4.4.6.	Hastaların Diyaliz Yaşlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
4.4.7.	Hastaların Başka Bir Tıbbi Hastalığa Sahip Olma Durumlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması...	43
4.4.8.	Hastaların Başka Bir İlaç Kullanma Durumlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
4.4.9.	Hastaların Ailelerinde Psikiyatrik Hastlık Öyküsü Olma Durumlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
4.5.	Hasta Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Empatik Eğilim Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
4.6.	Hasta Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Empatik Beceri Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
BEŞİNCİ BÖLÜM - TARTIŞMA.....		52
Kaynakça.....		61
Ekler.....		73

KISALTMALAR

KBY:	Kronik Böbrek Yetmezliği
ABY:	Akut Böbrek Yetmezliği
GFD:	Glomerüler Filtrasyon Değeri
SDBY:	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
RRT:	Renal Replasman Tedavisi
SAPD:	Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
APD:	Aletli Periton Diyalizi
SF-36:	Short Form-36
HAD:	Hastane Anksiyete ve Depresyon

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1.	Böbrek yetmezliği evreleri.....7
Tablo 2.	2016 yılı sonunun verilerine göre Türkiye'de RRT uygulanan hasta sayıları.....12
Tablo 3.	Diyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar.28
Tablo 4.	Hasta Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar.....30
Tablo 5.	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Empatik Eğilim Ölçeği, Empatik Beceri Ölçek Puanları İle İlgili Tamımlayıcı İstatistikler.....31
Tablo 6.	Hasta ve Hasta Eşlerine Uygulanan Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Düzeyleri.....32
Tablo 7.	Hastaların Cinsiyetlerine Göre SF-36 Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması.....35
Tablo 8.	Hastaların Yaşlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması.....37
Tablo 9.	Hastaların Eğitim Durumlarına Göre SF-36 Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması.....39
Tablo 10.	Hastaların Çocuk Sayılarına Göre SF-36 Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması.....41
Tablo 11.	Hastaların Gelir Düzeylerine Göre SF-36 Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması.....42
Tablo 12.	Hastaların Diyaliz Yaşlarına Göre SF-36 Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması.....45
Tablo 13.	Hastaların Başka Bir Tıbbi Hastalık Olma Durumlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....46
Tablo 14.	Hastaların Başka Bir İlaç Kullanma Durumlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....48

Tablo 15.	Hastaların Ailelerinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Olma Durumlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 16.	Hasta Eşlerinin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Empatik Eğilim Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 17.	Hasta Eşlerinin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Empatik Beceri Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	53

EKLER LİSTESİ

	Sayfa No.
Ek 1. Hasta İçin Sosyodemografik Form.....	74
Ek 2. Hasta Eşi İçin Sosyodemografik Form.....	77
Ek 3. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36).....	79
Ek 4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	83
Ek 5. Empatik Beceri Ölçeği.....	85
Ek 6. Empatik Eğilim Ölçeği.....	90

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ

Böbrek yetmezliği kişinin böbreklerinin işlevlerini yeterince yapamamasına sebep olmaktadır. Bununla birlikte uzun süreli ve zorlu bir hastalıktır. Tedavi yöntemi olarak böbrek transplantasyonu, hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulanır (Özçetin, Bicik Bahçebaşı, Bahçebaşı, Cinemre, Ataoğlu, 2009). Böbrek transplantasyonu en uygun ve az görülen bir tedavi şeklidir çünkü beyin ölümlerinin haber verilmesinin ve böbrek bağışının yetersiz olduğu görülmektedir. Hemodiyaliz tedavisi, tedavi yöntemine göre haftada 1, 2, 3 yada daha fazla olmak üzere diyaliz merkezinde makineye bağlanarak uygulanmaktadır. Böbrek yetmezliği yaşayan kişilerin hayatlarının fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik gibi alanlarında zorlanmalar olduğu araştırmalarla gösterilmiştir (Aksoy ve Oğur, 2015; Özyalvaçlı, Metin; Krespi, Bone, Ahmad, Worthington, Salmon, 2008; Utaş, 2008). Bu zorlantılarla birlikte hastaların hayatlarının ne derece iyi veya kötü olduğu incelendiği zaman görülüyor ki hastaların hayat kalitesinin hastalıkla birlikte azaldığı ve en çok desteğin aileden geldiğidir (Motron, v.d., 2011). Tedavi boyunca her anında hastaya yardım eden kişilerin de bu süreçten gerçekten etkilendikleri bilinmektedir. Hastalarla birlikte en yakınında olan hasta eşleri de bu zorluklarla karşılaşmaktadırlar (Keçecioglu, v.d., 1995; Meriç, Oflaz, 2013). Bu zorluklarla başa çıkarken hastanın çevresindeki kişilerin empatik tavırları hastaya yardımcı olabilmekte ve memnuniyetini yükseltmektedir.

1.1. Problem Durumu

Diyaliz hastalarının hayat kalitesi ile diyaliz hastalarının eşlerinin empatik beceri ve empatik eğilimi arasında bir ilişki var mıdır?

1.2. Araştırmanın Amacı

Empati, kişilerin kendisini karşı tarafın yerine koyarak onun gibi düşünmeye ve hissetmeye çalışmasıdır. Empati kurulan kişi bu durumda kendisini daha anlaşılabilir ve farkedilmiş hissetmeye başlamaktadır. Bu yüzden hasta eşinin, hastayı daha iyi anlaması ve empati kurabilmesi hastanın hayat kalitesini yükselteceği düşünülmektedir.

Bu araştırma, bu düşünceye dayanarak diyaliz hastasının hayat kalitesinin, eşinin empatik becerisi ve empatik eğilimi ile ne kadar ilişkili olduğunu ortaya çıkarmak amacıyla yapılmaktadır.

1.3. Araştırmanın Alt Amaçları

1. Diyaliz hastalarının hayat kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi.
2. Diyaliz hastalarının hayat kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeylerinin cinsiyet, yaş, çocuk sayısı, eğitim ve çalışma durumu, gelir düzeyi, diyaliz yaşı, böbrek yetmezliği dışında başka bir tıbbi hastalık varlığı, başka bir ilaç kullanma, geçmişte, günümüzde ve ailede psikiyatrik tanı durumları ile ilişkisinin belirlenmesi.
3. Diyaliz hastalarının eşlerinin empatik beceri ve empatik eğilim düzeylerinin belirlenmesi.
4. Diyaliz hastalarının eşlerinin empatik beceri ve empatik eğilim düzeylerinin cinsiyet, yaş, çocuk sayısı, eğitim ve çalışma durumu, gelir düzeyi, geçmişte önemli tıbbi bir hastalık geçiren bir yakınının varlığı, çocukken hayati bir hastalık geçirme ve çocukken vefat eden bir yakınının varlığı ile ilişkisinin belirlenmesi.
5. Diyaliz hastalarının SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin sonucu ile diyaliz hastalarının eşlerinin Empatik Beceri ölçeğinin sonucu arasındaki ilişkinin belirlenmesi.
6. Diyaliz hastalarının SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin sonucu ile diyaliz hastalarının eşlerinin Empatik Eğilimi ölçeğinin sonucu arasındaki ilişkinin belirlenmesi.
7. Diyaliz hastalarının Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeğinin sonucu ile diyaliz hastalarının eşlerinin Empatik Beceri ölçeğinin sonucu arasındaki ilişkinin belirlenmesi.

8. Diyaliz hastalarının Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeğinin sonucu ile diyaliz hastalarının eşlerinin Empatik Eğilimi ölçeğinin sonucu arasındaki ilişkinin belirlenmesi.

1.4. Araştırmanın Önemi

Bu konuda yapılan literatür taramasında diyaliz hastalarının hayat kalitelerinin çevresindeki kişilerin empatik tavırları ile olan ilişkileri hakkında araştırmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının, hastanın hayatına olan etkileri ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır fakat hasta eşiyle ilgili araştırmalar yetersizdir. Bu çalışmanın, literatürdeki bu eksikliği doldurmakta yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

1.5. Hipotezler

1. Diyaliz hastalarının eşlerinin empatik beceri ve empatik eğilim düzeyleri yükseldikçe diyaliz hastalarının hayat kalitesi de yükselir.
2. Diyaliz hastalarının eşlerinin empatik beceri ve empatik eğilim düzeyleri yükseldikçe diyaliz hastalarının depresyon ve anksiyete düzeyleri düşer.
3. Diyaliz hastalarının hayat kalitesi düşük; depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksektir.

1.6. Sınırlılıklar

1. Diyaliz hastalarının hayat kalitesi düzeylerine dair veriler, SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin ölçtüğü özelliklerle ve kişinin vermiş olduğu yanıtlarla sınırlıdır.
2. Diyaliz hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerine dair veriler, Hastane Depresyon ve Anksiyete envanterinin ölçtüğü özelliklerle ve kişinin vermiş olduğu yanıtlarla sınırlıdır.
3. Diyaliz hastalarının empatik beceri düzeylerine dair veriler, Empatik Beceri envanterinin ölçtüğü özelliklerle ve kişinin vermiş olduğu yanıtlarla sınırlıdır.

4. Diyaliz hastalarının empatik eğilim düzeylerine dair veriler, Empati Eğilim envanterinin ölçtüğü özelliklerle ve kişinin vermiş olduğu yanıtla sınırlıdır.
5. Araştırma, örneklem grubunda bulunan diyaliz hastaları ve eşleriyle sınırlıdır.

1.7. Araştırmanın İçeriğine Genel Bakış

Çalışmanın ikinci bölümünde literatür taraması bulunmaktadır. Böbrek yetmezliği başlığı altında genel bilgilendirme, tanımı, epidemiyolojisi, etiyolojisi, belirtileri gibi konularla böbrek yetmezliğiyle ilgili bilgilendirici bir yazım olacaktır. Devamında yaşam kalitesi kavramı ve bu kavramın böbrek yetmezliği ile olan ilişkisi hakkında bilgilendirme bulunacaktır. Son olarak empati kavramı ve bu kavramın hastalıklarla olan ilişkisi hakkında bilgilendirme yazısı olacaktır.

Üçüncü bölümünde araştırma kısmı ile ilgili bilgilendirme bulunmakta ve yöntem başlığı altında örneklem ve veri toplama araçları incelenecektir. Dördüncü bölümde veriler ile ilgili bulgular hakkında bilgilendirme ve tartışma bölümü olacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

2. LİTERATÜR

Bu bölüm araştırma boyunca incelenecek olan literatür kısmını oluşturmaktadır. Böbrek yetmezliği, yaşam kalitesi ve empati konu başlıkları geniş bir çerçevede işlenmektedir. Böbrek yetmezliği, yaşam kalitesi ve empati konularının hastalara ne gibi etkileri bulunduğu hakkında bilgilendirme yapılmaktadır.

2.1. Böbrek Yetmezliği Genel Bilgiler

Bu bölüm böbrek yetmezliği ile ilgili genel bilgiler içeren bir yazımı oluşturmaktadır. Böbrek yetmezliği tanımı, etiyolojisi ve epidemiyolojisi, evreleri, belirtileri, böbrek yetmezliği yaşayan hasta ve hasta yakınlarının psikolojik, ekonomik ve sosyal durumları ve tedavi yöntemleri konu başlıklarını içermektedir.

2.1.1. Böbrek Yetmezliği Tanımı

İnsan vücudunda iki adet böbrek bulunmaktadır. Her biri 120-150 gram ağırlığındadır. Böbreğin idrar oluşumu, vücut sıvı ve elektrolit dengesinin korunması, hormon üretimi ve metabolizmasına katkı gibi bir çok işlevi bulunmaktadır. Böbrek yetmezliğinde böbreğin bu fonksiyonlarında bozulmalar oluşur. Glomerüler Filtrasyon Değerinin (GFD) ölçülmesiyle birlikte böbrek yetmezliğinin derecesi belirlenir (Akpolat, Utaş, 2008). GFD'nin azalması sonucu böbrekte bazı bozulmalar oluşur. Bu bozulmalar böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında belirir (Akpolat, Yalçın, 2008). Akut ve kronik böbrek yetmezliği olarak iki tür böbrek yetmezliği vardır. "Kronik böbrek yetmezliği (KBY), glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanabilir. (...) Akut böbrek yetmezliği (ABY) böbrek fonksiyonlarında saatler veya birkaç gün içinde bozulmanın yol açtığı üre ve kreatinin gibi nitrojen artık ürünlerinin birikmesi olarak tanımlanabilir" (Akpolat, Utaş, 2008, sy: 8,10)

2.1.2. Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi

Böbrek yetmezliğinin yaygınlığı konusunda yapılan araştırmalardan toplanan verilerin güvenilirliğinin tartışma konusu olması gerekçesi ile yaygınlık düzeyi tam olarak bilinememektedir. Bu konuyla ilgili yapılan araştırmalar sınırlıdır. Türk Nefroloji Derneğinin (TND) yapmış olduğu araştırmadaki veriler, en sağlıklı veriler olarak kabul edilmektedir. 2006 yılında yapılan bu araştırmaya göre KBY yaygınlığı milyon nüfus başına 578 olarak belirlenmiştir (Akpolat, Utaş, 2008). 2011 yılında yapılan bir başka araştırmaya göre ise Türkiye'deki yetişkin nüfusunda böbrek yetmezliği yaygınlığı %15,7 olarak bulunmuştur (Süleymanlar v.d., 2011).

2.1.3. Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi

Böbrek yetmezliğinin nedenleri arasında Tip I ve Tip II şeker hastalığı, hipertansiyon, kronik glomerülonefrit, ürolojik hastalıklar, polikistik böbrek hastalığı, piyelonefrit, amiloidoz, renal vasküler hastalık bulunmaktadır (Akpolat, Utaş, 2008). Sigara içen, obez, 50 yaşın üstündeki, ailesinde böbrek hastalığı, şeker hastalığı, yüksek tansiyon öyküsü olan kişiler böbrek hastalığına yakalanma riski taşırlar (Türk Böbrek Vakfı, erişim tarihi: 2017). Üriner sistem taş hastalığı ve enfeksiyonları, nefrotoksik ilaç kullanımı, bağ dokusu hastalıkları diğer risk etkenleri arasında görülebilir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

2.1.4. Böbrek Yetmezliği Evreleri

Amerika Birleşik Devletlerinde Ulusal Böbrek Vakfı'nın 2002 yılında yayınlamış olduğu böbrek yetmezliğinin evreleri Tablo 1'de verilmiştir. Böbrek yetmezliği 5 evreye ayrılmıştır. Birinci evrede, klinik belirti görülmez. İkinci evrede, hipertansiyon ve sekonder hiperparatioidizm görülür. Üçüncü evrede, ikinci evrede görülen belirtilerin yanında anemi de görülür. Dördüncü evrede, üçüncü evrede görülen belirtilere belirgin olarak su ve tuz tutulumu, iştahsızlık, kusma ve üst düzey mental fonksiyonlarda azalma eklenir (aktaran; Kıran, 2016). Dördüncü evreye kadar böbreğin işlevlerinin devam etmekte olduğu söylenebilir. 5. evrede ise böbrek işlevlerini devam ettiremez ve böbrek yetmezliği ortaya çıkar. Bu evredeki kişiler diyaliz tedavisine

başlarlar ve organ nakil listesine kişilerin isimleri alınır (Kronik Böbrek Yetmezliği, 2015).

Tablo 1. Böbrek yetmezliği evreleri

Evre	Tanımlama	GFD ml/dak/1.73 m ²
-	Artmış risk	≥ 60 (risk faktörleri +)
1	Böbrek hasarı var ama GFD normal veya artmış	≥ 90
2	Böbrek hasarı var, GFD hafif azalmış	60-89
3	Orta derecede azalmış GFD	30-59
4	Şiddetli derecede azalmış GFD	15-29
5	Son Dönem Böbrek yetmezliği (SDBY)	< 15

Kaynak: Akpolat, Utaş, 2008

2.1.5. Böbrek Yetmezliği Belirtileri

Böbrek yetmezliğinin çeşitli fiziksel belirtileri vardır. Ama çoğunlukla kişiler bu belirtileri başka durumlara yorarlar ve tanı konması bu yüzden ertelenir. Kişiler daha çok hastalığın son evresindeyken belirtiler ağırlaşmaya başladığı zaman fark ederler. Yorgunluk, az enerji, dikkati odaklamakta güçlük, uyuyamama, cilt kuruluğu ve kaşıntısı, sık idrara çıkma ihtiyacı, idrarda kan, idrarda köpüklenme, göz etrafında şişlikler, ayak bileklerinde ve ayaklarda şişlik, iştah azalması, kaslarda oluşan kramplar böbrek yetmezliğinin belirtileri arasındadır (Kronik Böbrek Hastalığının 10 İşareti Erişim tarihi: 2017).

2.1.6. Böbrek Yetmezliğinde Morbidite ve Mortalite

Böbrek yetmezliğinin ilk evrelerinden itibaren morbidite ve mortalite riskleri artışa uğramaktadır. Mortaliteyi etkileyen nedenler arasında hastanın yaşı, cinsiyeti, etnik kökeni, şeker hastalığı durumu, kalp ve damar hastalığı durumu, yetersiz diyaliz ve altta yatan böbrek hastalığı vardır (aktaran Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014; Akpolat, Utaş, 2008; Foley, Parfrey, ve Sarnak, 1998). Böbrek yetmezliğinin beraberinde getirdiği bazı sistemik sorunlar nedeniyle mortalite ve morbidite riski artmaktadır. Bir araştırmaya göre, diyaliz hastalarının ölümlerinin genel nüfusa oranla 10-20 kat daha fazla olduğu görülmektedir (Foley v.d., 1998). TND'nin 2013 yılı

Böbrek Kayıt Sistemi datalarına göre ülkemizdeki hemodiyaliz hastalarının ölüm nedenleri arasında şu durumlar bulunmaktadır: %53'ü kardiyovasküler, %12'si serebrovasküler olay, %10'u malignite, %11'i diğer sebepler, kalan % 14'lük kısmı ise enfeksiyon, akciğer yetmezliği, GİS kanaması, karaciğer yetmezliği, diyalize girmeyi reddetme ve diğer nedenler oluşturmaktadır. Periton diyaliz hastalarının ölüm nedenleri de hemodiyaliz hastalarının ölüm nedenleri gibi çoğunluğunu kardiyovasküler durumlar oluşturmaktadır (Seyahi, 2013). Kardiyovasküler durumu göz önüne aldığımızda Foley ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmaya göre 24-35 yaş grubu arasındaki diyaliz hastalarının ölümlerinin 80 yaş grubundakilere eşit olduğu görülmüştür (Foley, Parfrey, Sarnak, 1998). TND'nin 2012 Yılı Böbrek Kayıt Sistemi datalarına göre ülkemizde hemodiyaliz tedavisi gören hastaların %54'ünün, periton diyaliz tedavisi gören hastaların ise %57'sinin ölüm sebebinin kardiyovasküler bir durum olduğu görülmektedir (aktaran; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). Kardiyovasküler durumlar içerisinde Amerika Birleşik Devletlerinin Böbrek Kayıt Sistemi datalarına göre ölüm sebepleri içinde kalp krizinden çok kalp yetmezliği ve ani ölüm olduğu saptanmıştır (Collins, Foley, Gilberston, 2015).

2.1.7. Böbrek Yetmezliği Yaşayan Hastaların Psikolojik, Ekonomik ve Sosyal Durumları

Her hastalığın kişilerde yarattığı bazı zorluklar vardır. Böbrek yetmezliği yaşayan hastalarda da psikolojik, ekonomik ve fiziksel olarak zorlanmalar görülür. Psikolojik sorunlar arasında ankiyete bozukluğu, uyum güçlüğü, depresyon ve intihar, cinsel işlev bozukluğu, ölüm korkusu, gelecek korkusu bulunur (Aksoy ve Oğur, 2015). En sık görülen ruhsal bozukluk depresyondur. Depresif mizaç, benlik düşüklüğü ve ümitsizlik hisleriyle birlikte depresyon gelişir. Her 500 hastadan biri intihar etmektedir (Akpolat, Utaş, 2008).

Her iki cinste de cinsel işlev bozuklukları görülmektedir. Psikolojik, psikososyal, vasküler, hormonal, nörolojik ve latrojenik faktörler, çeşitli ilaç kullanımı, genel fiziksel durum, aile içi sosyal rollerdeki değişimler, depresyon gibi durumların bir araya gelmesi sonucu cinsel işlev bozukluğu ortaya çıkmaktadır (Akpolat, Utaş, 2008; Özyalvaçlı, Metin).

Diyaliz tedavisi gören hastaların hayatları eskisi gibi olmamaya başlıyor ve bununla birlikte hastalığın bazı kısıtlayıcılıkları ortaya çıkıyor. Fiziksel durumda, sosyal yaşantıda ve beslenme stilindeki kısıtlılıklar hastayı oldukça zorlamaktadır. Diyaliz tedavisinin nefes kesilmesi, halsizlik, yorgunluk, baş dönmesi, yürümekte ve merdiven çıkmakta zorlanma, ağır eşya taşıyamama gibi fiziksel zorlukları vardır. Krespi ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmaya göre hastalar daha çok önceden yapabildikleri etkinlikleri yapamadıklarından söz etmektedirler. Eskisi kadar aktif olamadıklarından ve kısıtlılıklar sebebiyle yapamayacakları ve onlara eski hallerini hatırlatacakları aktivitelere katılmaktan çekindiklerini söylemişlerdir (Krespi, v.d., 2008). Hastalar diğer insanların onlara acıma ve onları reddetme durumuyla karşılaşabilir ve bu sebeple daha içe dönük bir yaşam sürdürebilirler (Aksoy ve Oğur, 2015). Hastalar tedavi sebebiyle beslenmelerine dikkat etmek zorundadırlar. Sıvı alımının kontrol edilmesi gerekmektedir. Hastanın aldığı tükettiği yiyecekler ve miktarları hasta tarafından kayıt altına alınmaktadır. Böylelikle hastanın günlük kalori ve besin öğelerinin alımı hesaplanmaktadır (aktaran; Kaymak, 2012).

Hasta diyaliz tedavisi için haftada iki ve ya üç gün ortalama 4-6 saat süren uygulamalar sonucunda yaşam diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aile üyelerine bağımlı hale gelmektedir (Özçürütmez, Tanrıverdi, Zileli, 2003). Hasta alıştığı ve güvendiği hemşireyi bırakmak istememesi ve bıraktığında ise anksiyete yaşamasından dolayı tedavi gördüğü şehirden ayrılamamakta ya da ayrılmakta güçlük çekmektedir.

Hastalar tedaviye uyumsuz davranışlar geliştirebilmektedirler. Diyete ve ilaçlara uymama, negatif düşünce biçimi, sağlık ekibine karşı öfke ve pazarlık içerisinde olabilirler (Cimilli, 1994).

Krespi ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmaya göre hastalar kendilerine bakım veren kişilerin destekleyici olduklarını ama aynı zamanda onlarla olumsuz deneyimler yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bir kısım hasta kendi işini yapamayıp bir başkasına bağımlı hale gelmekten hoşnut olmadığını belirtmiştir. Bir kısım hasta ise bakım verene karşı kendisini desteklediği için minnet duyduğunu belirtmiştir. Bazı hastalar bakım verenlerin zorluk ve stres kaynağı olduğundan bahsetmişlerdir. Bakım verenin destek olmadığını, kendilerini onların üzerinde bir yük olarak gördüklerini ve onlara karşı suçluluk hisleri beslediklerini söylemişlerdir (Krespi v.d., 2008).

Hastaların bu süreçte deneyimledikleri bir diğer durum ise duygusal değişimlerdir. Krespi ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmaya göre hastalar kendilerini eskisine göre daha kızgın, kolay sinirlenen, bıkkın, aşırı duyarlı, hırçın, üzgün, depresif, kendine güvenini kaybetmiş, gelecekle ilgili korkusu olan, pesimist düşünceli, bencil bir kişi olarak tanımlamaktadırlar. Bir kısım hasta ise eskisine göre başka insanlara karşı daha duyarlı ve düşünceli biri haline geldiklerini söylemişlerdir (Krespi v.d., 2008).

Bu süreçteki en büyük sorunlardan bir diğeri ise tedavi masraflarıdır ve buna bağlı olarak kişilerin ekonomik durumlarıdır. Utaş'ın 2008 yılında ülkemizde yapmış olduğu araştırmaya göre hemodiyaliz tedavisinin hasta başına ilaçlarda dahil olmak üzere yıllık maliyeti 40.159 \$; periton diyaliz tedavisinin ise hasta başına ilaçlarda dahil olmak üzere yıllık maliyeti 33.561 \$'dır (Utaş, 2008). Bu araştırmada da görüldüğü üzere tedavi masrafları oldukça fazladır ve ek olarak bazı ailer için diyaliz merkezlerinin bulunduğu büyük şehirlerde yaşama zorunluluğunun getirmiş olduğu yükler de vardır (Cimilli, 1994). Hastalar bu masrafları karşılamakta zorlanabilmektedirler. Hasta tedavi sürecinden dolayı işini kaybetmekte veya geri hizmette çalışmak zorunda kalmaktadır. Aynı zamanda bakım veren kişi de iş durumunu ve hayat düzenini hastaya göre ayarlamak zorundadır ve bu da kişiyi büyük bir sıkıntı içine sokmaktadır (Akpolat, Utaş, 2008).

2.1.8. Böbrek Yetmezliği Yaşayan Hastaların Yakınlarının Psikolojik Durumları

Diyaliz tedavisi gören hastaların en büyük iyileştirici faktörü aile desteği olarak tanımlanmaktadır (Motron, v.d., 2011). Böbrek yetmezliğini her ne kadar hasta yaşıyor olsa bile bunun sonuçları hasta yakınlarını da yakından ilgilendirmektedir. Psikolojik ve fiziksel olarak bu durumdan aileler de etkilenmektedir ve hastalık sonrasında aile içinde dengeler değişmektedir. Bu ailelerde, diyalizle ilgilenen -ki bu sorunlar; haftanın iki ya da üç günü hasta ile birlikte refakatçi olarak hemodiyalize gelmek, laboratuvar sonuçlarıyla ilgilenmek, ilaçlarını takip etmek gibi- hastanın psikososyal desteğini sağlayan ve günlük yaşantısının kalitesini belirleyen kişi genellikle eşler olmaktadır. Hastanın ihtiyaçlarının yanı sıra ailenin işleyen diğer süreçlerini de yürütmektedir (Keçecioglu, v.d., 1995; Meriç, Oflaz, 2013). Bunun getirisi olarak bazı çalışmalar

göstermiştir ki eşlerin de ruh sağlığı ve yaşam kalitesi bu süreç içerisinde olumsuz olarak etkilenmektedir. Bu yüzden eşlerin duygusal ve sosyal ihtiyaçlarının farkında olunması gerekmektedir (Anderson, v.d., 2012).

Bir aile üyesinin ciddi bir hastalığı olmasının vermiş olduğu kaygı ile aile üyelerinde ruhsal sorunlar oluşabilmektedir (Keçecioglu, v.d., 1995). Hastalar içinde buldukları durumu kabullenmekte güçlük çekebilmekte ve bu yüzden agresyon içinde olabilmektedirler. İçinde buldukları agresyonu dışarıya en yakınında olan eşleri üzerinden atmaktadırlar. Eşler bu durumda hastanın agresyonuna ve bencilliğine uğramaktadırlar. Çalışmalar göstermiştir ki eşlerin hastaya karşı psikolojik yakınlık gereksinimi yanısıra agresyon içinde olduklarıdır (Cimilli, 1994).

2.1.9. Böbrek Yetmezliği Tedavi Yöntemleri

Böbrek yetmezliği teşhisinden sonra belirtileri kontrol altına almak, komplikasyonları en aza indirmek ve hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak amacıyla tedavi uygulanmaktadır. Tedavi yöntemi böbrek yetmezliğinin evresine göre değişiklik göstermektedir. İlk evrelerindeyken hastaya ilaç ve diyet tedavisi uygulanmaktadır (Öztürk, 2009).

Böbrek yetmezliği hastalığında SDBY evresine girmiş olan hastaların yaşamlarının devamı ve daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamak için renal replasman tedavisi (RRT) uygulanır. Bu tedaviler diyaliz veya böbrek transplantasyonudur. Böbreğin tüm fonksiyonlarının düzeldiği böbrek transplantasyonu SDBY'nin en uygun tedavisidir. Ancak böbrek bağışının kısıtlılıkları nedeniyle çoğu hasta diyaliz tedavisi görmektedir (aktaran; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). Diyaliz, yarı geçirgen bir membran aracılığıyla hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-solüt değişimini temel alan bir tedavi şeklidir (Akpolat, Utaş, 2008). Hemodiyaliz ve periton diyalizi olmak üzere iki tür diyaliz tedavi yöntemi vardır.

Türkiye Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporuna göre 2016 yılı sonu itibariyle mevcut hemodiyaliz tedavisi gören kişi sayısı 56.687, periton diyalizi tedavisi gören kişi sayısı 3.508 ve transplantasyon tedavisi gören yaklaşık kişi sayısı 14.280 olmak üzere toplam kişi sayısı 74.475'tür. (Tablo 2)

Tablo 2. 2016 yılı sonunun verilerine göre Türkiye'de RRT uygulanan hasta sayıları

	Kişi Sayısı	%
Hemodiyaliz	56.687	76.12
Periton diyalizi	3.508	4.71
Transplantasyon (Yaklaşık)	14.280	19.17
Toplam	74.475	100.00

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2016

2.1.10. Hemodiyaliz Tedavisi

“Hemodiyaliz; hastadan alınan kanın bir membran aracılığı ve bir makine yardımı ile sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenmesidir. Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalı (erişkinde genellikle yaklaşık dakikada 200-600 ml) ve bir membran ile makine kullanılmalıdır” (Akpolat, Utaş, 2008, sy:25). Diyalizin temel amacı vücuttaki artık ürünlerin uzaklaştırılması ve kuru ağırlığın sağlanmasıdır (Arslan, 2008).

Dünyada hemodiyalizi ilk uygulayan kişi Dr. Klofftur ve onun tarafından geliştirilmiş ve Kore'de denenmiş olan hemodiyaliz cihazı Ankara Tıp Fakültesi tarafından Türkiye'ye getirilmiştir. Bu cihaz ile birlikte 1962 yılında ülkemizde ilk hemodiyaliz tedavisi bir hastaya uygulanmıştır (San, 2008). 1950 yıllarında Nefroloji dalında çalışmalar yapılmaya başlanmıştır ve 1960 yıllarında ise bu çalışmalar iyice ilerlemiştir. 1982 yılında Nefroloji bir bilim dalı olarak kabul görmüştür. Son yıllarda da diyaliz merkezlerinde artış olduğu görülmektedir (Kıran, 2016).

2016 yılı sonu itibariyle ülkemizde hemodiyaliz tedavisi gören kişi sayısı 56.687'dir. Hemodiyaliz tedavisinin 4 farklı türü vardır. Türkiye Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporuna göre 2016 yılı sonu itibariyle hemodiyaliz hastalarının hemodiyaliz türlerine göre dağılımı şu şekildedir: Merkezde standart hemodiyaliz tedavisi gören kişi sayısı 53.721, hemodiyafiltrasyon tedavisi

gören kişi sayısı 2.044, evde hemodiyaliz tedavisi gören kişi sayısı 364, hemofiltrasyon tedavisi gören kişi sayısı 8 ve tipi belli olmayan şekilde tedavi gören kişi sayısı 550'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği, 2016).

Hasta hemodiyaliz tedavisi için haftanın belirli günlerinde diyaliz merkezine giderek makineye bağlanır. Prof. Dr. Meltem Pekpak'ın haftanın kaç günü bu tedavinin uygulanabileceğiyle ilgili olarak yapmış olduğu bilgilendirmede görülüyor ki böbreklerin 7 gün 24 saat boyunca çalıştığı ve bunu karşılamak için diyaliz ne kadar uzun olursa tedavinin o kadar iyi olduğudur (www.uzmantv.com, Kasım, 2017). Hemodiyaliz tedavisinde haftada 1 kez, 2 kez, 3 kez ve 3'ten fazla olacak şekilde seanslandırma yapılır. Sağlık Bakanlığı ve TND verilerine göre 2016 yılında hastaların %90'ından fazlası haftada 3 seans diyaliz tedavisi görmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği 2016).

Atık maddelerin vücuttan uzaklaştırılması, her gün değil haftada iki veya üç kez uygulanması, vitamin, mineral ve benzeri maddelerin vücuda yetersiz alınımı sonucu ortaya çıkan malnutrisyon ile daha az karşılaşılması, hastaneye yatma ihtiyacının daha az olması, karın ile ilgili komplikasyonlarla karşılaşılmaması ve diyaliz merkezlerinde tedavi görürken diğer hastalar ile ilişki kurulması, kitap okuyabilme, televizyon izleyebilme gibi aktiviteleri yapabilmesi hemodiyaliz tedavisinin avantajları arasında görülmektedir.

Hemodiyaliz tedavisinin avantajlarının olduğu gibi dezavantajları da bulunmaktadır. Bunlar şöyledir; diyaliz sonrası sıvı-elektrolit ve metabolik değişime bağlı olarak kişi kendisini iyi hissedebilir ancak bir sonraki seansa kadar yavaş yavaş kötüleşmesi sonucu rahatsızlık hissedebilmektedir, tedavi sırasında rahatsız edici olarak iğneler kullanılmaktadır, kişinin diyet uygulaması ve bazı sıvı ve gıdaları tüketmekten çekinmesi gerekmektedir ve vistül için minör cerrahi bir uygulama gerekmektedir (Meclis Babayığit, 2009; Değirmenci Saltürk, 2006).

Her tedavide olduğu gibi hemodiyaliz tedavisiyle birlikte komplikasyon gelişebilmektedir. Komplikasyon çeşitleri şunlardır: Metabolik bozukluklar, üremik ve non-üremik bozukluklar, enfeksiyonel ve kardiyovasküler durumlardır (Arslan, 2008).

Diyaliz hastaları beslenmelerine dikkat etmek zorundadırlar. Bu durumu kontrol etmek amacıyla hastanın beslenme öyküsünün alınması, biyokimyasal testler, klinik belirtiler ve sağlık öyküsü, antropometrik ölçümler ve psikososyal veriler gibi bazı yöntemler kullanılır. Diyaliz tedavisinin yanında diyet tedaviside uygulanır. Diyet tedavisinin amacı hastanın beslenme durumunu düzeltmek, üremik toksisiteyi azaltmak ve böbrek bozukluğunun ilerlemesini engellemektir. Diyet yaparken hastanın enerji, protein, karbonhidrat, yağ, sıvı, sodyum, potasyum, fosfor, kalsiyum ve demir düzeylerine dikkat etmesi gerekir (Arslan, 2008). Hemodiyalize giren hastalar için en önemli nokta fazla su içmemek veya iki diyaliz arasında aşırı kilo almamaktır (tbv.com.tr, erişim tarihi: Kasım 2017).

2.1.11. Periton Diyalizi Tedavisi

“Periton diyalizini gerçekleştiren periton membranı; kapiller endotel, bazal membran, gevşek destek dokusu ve mezotel hücresinden oluşur ve bu membranın yüzeyi erişkinde yaklaşık 2.2 m²'dir. Peritonun kan akımının 70-110 ml/dakika olması ve kan basıncı düşünce kan akımının korunması peritonun diyaliz için uygun bir membran olmasını sağlar. Diyalizatın peritona verilmeden önce vücut ısısına getirilmesi periton diyalizinin üre klirensini yaklaşık %35 artırır. Akut peritonitte de su ve solüt geçirgenliği artar. Periton diyalizinin gerçekleşmesi için 3 temel unsura gereksinim vardır: kateter, uygun formülde diyalizat sıvısı ve kateter ile diyalizat arasında bağlantı sistemi” (Akpolat, Utaş, 2008, sy: 26).

2016 yılı sonu itibariyle ülkemizde periton diyaliz tedavisi gören kişi sayısı 3.508'dir. Periton diyalizi tedavisinin 2 farklı türü vardır. Bunlar: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) ve Aletli Periton Diyalizi (APD)'dir. Türkiye Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporuna göre 2016 yılı sonu itibariyle periton diyalizi hastalarının türlerine göre dağılımı şu şekildedir: SAPD tedavisi gören kişi sayısı 2.432 ve APD tedavisi gören kişi sayısı 1.076'dır (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği, 2016).

Periton diyalizinin kolay uygulanabilir ve taşınabilir olması, kardiyovasküler problemi olan hastalarda kan basıncı ve sıvı kontrolü sağlaması, rezidüel renal fonksiyonun daha iyi korunması, sürekli antikoagülasyona ihtiyaç duyulmaması, kan

biyokimyasının düzelmesi, damar problemi bulunan hastalarda kolay uygulanabilmesi, hepatit bulaşma riskinin az olması, daha serbest diyet ve sıvı alımı olması, hemşireye ve özel makineye ihtiyaç duyulmaması, çocuklarda, diyaliz merkezine gidemeyen kırsal kesimlerde yaşayan ve sık seyahat eden hastalarda uygulanması tedavinin avantajları arasında görülmektedir (Değirmenci Saltürk, 2006; Kaymak, 2012).

Periton diyalizinin artmış enfeksiyon riskinin olması, yetersiz diyaliz riskinin olması, potansiyel protein kaybı ve malnutrisyon oluşması, katater yerleştirilmesine bağlı psikolojik problemlerin oluşması gibi özelliklerinden dolayı dezavantajlı olabiliyor (Değirmenci Saltürk, 2006).

Periton diyalizinin iki tür komplikasyonu bulunmaktadır. Katater çıkış yeri enfeksiyonu, tünel enfeksiyonu ve peritonit enfeksiyon komplikasyonlarıdır. Sızıntı, herni, hidrotoraks, sırt ağrısı, karın ağrısı, malnütrisyon ve sklerozan peritonit enfeksiyon dışı komplikasyonlarıdır (Değirmenci Saltürk, 2006).

Diyaliz tedavisi akut veya kronik olarak uygulanabilir. Akut diyaliz tedavisinde kullanılan en yaygın yöntem hemodiyalizdir. Bir diğer alternatif ise yavaş-sürekli diyaliz yöntemidir. Yavaş-sürekli diyaliz tedavi yönteminin özelliği yavaş hızda olması ama aynı zamanda sürekli olarak sıvı ve solütlerin uzaklaştırılmasını sağlayabilmesidir. (Tokgöz, 2009) Kronik diyaliz tedavisinde uygulanan yöntem SAPD'dir. Genellikle günde 4 kez yapılan bir tedavi yöntemidir. Devamlı periton diyalizi ise bir makine kullanılarak uygulanan tedavi yöntemidir. Bunların başlıca iki tanesi ise şunlardır; Devamlı devirli periton diyalizi ve Aralıklı periton diyalizidir (Akpolat, Utaş, 2008).

Periton diyalizi tedavisi gören hastalar bazı sebeplerden dolayı hemodiyaliz tedavisine geçiş yapabilmektedirler. Periton diyalizi ilişkili enfeksiyon, diyaliz yetersizliği, mekanik komplikasyonlar ve hasta ekibi sebepler arasında görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği , 2016).

2.1.12. Böbrek Transplantasyonu

Böbrek yetmezliğinin en uygun tedavisi böbrek transplantasyonudur. Diyaliz tedavilerinde böbreklerin bazı fonksiyonları yerine gelirken böbrek transplantasyonunda böbreklerin tüm fonksiyonları düzelir. Tranplantasyon ile birlikte fiziki ve psikolojik

iyileşmeler görülür ve bu da kişinin yaşam kalitesini yükseltir. Transplantasyon işlemi canlı veya kadavradan yapılabilir (Akpolat, Dilek, Adıbelli, 2008, s.81). Türkiye Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporuna göre 2016 yılı sonu itibariyle böbrek transplantasyonu olan hasta sayısı 4.476'dır. Canlı vericiden yapılan transplantasyon 3.133 ve kadavra vericiden yapılan transplantasyon 1.343'tür (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği, 2016). Kadavradan böbrek transplantasyonu oranında son yıllarda azalma görülmektedir. Bunun önemli sebeplerinden biri beyin ölümü bildirim sayısının ve bağış oranının yetersiz oluşudur (aktaran; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

2.2. Hayat Kalitesi Genel Bilgiler

Bu bölüm hayat kalitesi ile ilgili bilgileri içeren kısmı oluşturmaktadır. Hayat kalitesi tanımı başlığı içerisinde hayat kalitesinin ne olduğu, bir çok farklı kişiye göre ne ifade ettiği, sağlıkla ilgili hayat kalitesinin ve psikoloji ile ilgili hayat kalitesinin ne anlama geldiği işlenmektedir. Devamında böbrek yetmezliği yaşayan hastaların hayat kalitesinin nasıl olduğu ve kaliteli bir hayat için neler yapılabileceği ile ilgili bilgilendirme bulunmaktadır.

2.2.1. Hayat Kalitesi Tanımı

Tanımlanması gereken ilk kavram kalite sözcüğüdür. Kalite sözcüğü Türk Dil Kurumu'nun tanımına göre "Bir şeyin iyi veya kötü olma özelliği"dir (Türk Dil Kurumu, Erişim Tarihi: Aralık,2017). Bozkurt kalite sözcüğünü şöyle tanımlıyor: "nesnenin ya da yaşantının nitelikçe nasıl olduğunu belirten, onun başka şeylerden ayırt edici üstünlüğünü ölçüp değerlendirebilen özelliğe kalite denir" (Bozkurt, 2003) Bununla birlikte hayat kalitesi denince akla ilk gelen şeylerden biri, kişinin hayatının ne derece iyi veya kötü olduğudur. Hayat kalitesi teriminin geniş bir çerçevesi vardır. Psikolojik, sosyolojik, ekonomik, sağlık, mimarlık, bilim, siyasal, yaşam standartları, iş memnuniyeti, gibi hayatın değişik alanlarında karşımıza çıkmaktadır (Schuessler, Fisher, 1985; John, Ware, 1995) Bu yüzden de hayat kalitesi teriminin birden fazla tanımı olduğu görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü hayat kalitesini “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile bağlantılı olarak, hayattaki konumları hakkındaki algısı” olarak tanımlamıştır. Bununla birlikte hayat kalitesini fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, kişisel inançlar ve çevresel özellikler kapsamında incelemiştir. Buna göre fiziksel sağlık, uyku ve dinlenmeyi, ağrı ve rahatsızlığı, enerji ve yorgunluğu; psikolojik durum, bedensel görüntü ve dış görünümü, pozitif ve negatif duyguları, düşünme, öğrenme, hafıza ve konsantrasyonu ve benlik saygısını; bağımsızlık düzeyi, hareketliliği, günlük yaşam aktivitelerini, ilaçlara ve tedaviye olan bağımlılığı ve çalışma kapasitesini; sosyal ilişkiler, kişisel ilişkileri, sosyal desteği ve cinsel aktiviteyi; kişisel inançlar, dini, maneviyatı ve kişisel inancı; çevresel özellikler ise, finansal kaynakları, sağlık ve sosyal bakımı, fiziksel güvenliği, yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatını, ve fiziksel çevreyi içermektedir (World Health Organization Quality Of Life Instruments (WHOQOL), 1997). Micheal ve Tannocka göre genel sağlıkla ilgili olarak hayat kalitesini etkileyen faktörler 3'e ayrılır: fiziksel işlev, psikolojik hal ve sosyal destektir. Fiziksel işlevde dışarda veya evdeki hareketlilik, eğlence aktiviteleri, yatakta geçirilen vakit ve yorgunluk gibi faktörler bulunmaktadır. Sosyal desteğin içeriğinde aile ve arkadaşlarla olan ilişki, duygusal destek ve yakın ilişki bulunmaktadır. Psikolojik halde ise depresyon, korku ve endişenin seviyesi, başa çıkma seviyesi ve konsantre olma becerisi gibi faktörler bulunmaktadır (Micheal, Tannock, 1998).

Patrick ve Erickson hayat kalitesi için, ölüm ve yaşam süresi, sosyokültürel dezavantajları, yetersizliği, sağlık algısını, fonksiyonel durumu yani fiziksel, psikolojik ve sosyal alanları içeren bir kavramdır tanımını yapmışlardır (aktaran; Arslan ve Gökçe Kutsal, 1999; aktaran; Perim, 2007).

Cella hayat kalitesini tanımlarken emosyonel, fiziksel, fonksiyonel ve sosyal faktörlerin birleşiminden yararlanmıştır. Bu faktörlerin birleşerek nasıl bir iyilik hali oluşturduğundan bahsetmiştir (aktaran Bulantekin, 2008).

Hoernquist'e göre hayat kalitesi fiziksel, sosyal aktivite, psikolojik, yapısal ve maddi alanda memnuniyet ihtiyacının derecesidir. (aktaran Bulantekin, 2008)

Calman'ın hipotezine göre hayat kalitesi, kişinin şimdiki deneyimleri ile umut ve beklentileri arasındaki belli bir farkı veya boşluğu (the gap) ölçer. Hayat kalitesini tanımlarken bazı kesin çıkarımlarda bulunmuştur bunlar; tanımının kişiden kişiye farklılık gösterebileceği, yaşamın bir çok yönünün hesaba katılması gerektiği, kişinin amaçları ve hedefleri doğrultusunda olduğu, hastalıkların ve tedavilerin bu amaçları etkileyebileceği, amacı gerçekleştirirken boşluğun daraldığı, bunu kişinin ya tek başına yada başka kişilerin yardımıyla gerçekleştirebileceği, beklenti ve gerçeklik arasındaki boşluk bazı kişileri zorlayabileceği ve her gerçekleşen amaç sonrasında yeni bir tanesi ortaya çıkacağı ve boşluğun tekrardan açıldığıdır. Calman'ın buradan çıkarmış olduğu sonuç, zamanın belirli bir noktasında olduğudur ki bu da kişinin beklentileri ve umutları ile şimdiki deneyimleri arasındadır (Calman, 1984).

Hayat kalitesi kavramına geniş bir açıyla bakıldığı zaman gelinen ortak nokta kişinin kendi psikolojik, sosyal ve fiziksel fonksiyonlarının iyi ve kötü olması ile ne kadar ilgilendiği ve bu fonksiyonlarından ne kadar memnuniyet duyduğunun değerlendirilmesidir.

Hayat kalitesini alt kademelere ayırdığımız zaman sağlıkla ilgili hayat kalitesi ile karşılaşılmaktadır. Sağlıkla ilgili hayat kalitesi, kişinin psikolojik, fiziksel ve sosyal sağlığına aynı zamanda bu işlevlerin kapasitesine dikkat çekmektedir (aktaran Şimşek, 2006). Bunlarla birlikte hastalığın ve tedavinin kişiye olan etkisiyle ilgilenmektedir (Malindretos, 2012). Öksüz ve Malhan'a göre sağlıkla ilgili hayat kalitesi sadece sağlık durumuyla anılmamaktadır, ilişkilendirildiği başka alanlar da bulunmaktadır. Çünkü sağlığın sosyal ilişkilere, sosyaekonomik statüye sahip olma ve ruhsal sağlık gibi konuları etkilediğini öne sürmektedirler (Öksüz ve Malhan, 2005).

Psikoloji ile ilgili hayat kalitesi kavramının kaynağına bakıldığında Konfüçyüs gelenekleri, humanistik gelenekler, aileye önem veren gelenekler ve bazı dinler grupları gibi felsefe ve ahlak gruplarının savunmuş olduğu mutluluk düşüncesine dayanmaktadır (Perim, 2007; Öksüz ve Malhan, 2005). Bu alanın üzerinde durmuş olduğu kavramlar esenlik ve sıkıntıdır. Sıkıntı olarak bahsedilen durum depresyon, anksiyete, davranışsal ve emosyonel kontrolde azalma konularını içermektedir. Esenlik kavramı ise pozitif etkileri, emosyonel bağları, hayat memnuniyetini içermektedir (Testa, Nackley, 1994).

2.2.2. Böbrek Yetmezliği ve Hayat Kalitesi

Kronik hastalıkların etkilerini görebilmek için sağlıkla ilgili hayat kalitesinin değerlendirilmesi oldukça önemlidir (Arslan, Gökçe Kutsal, 1999). Kronik hastalıklarda hastanın önceliği her ne kadar yaşamaya devam edebilmek olsa da bu sırada hastanın hayat kalitesini yükseltmekte önemlidir (Değirmenci Saltürk, 2006). Yapılan araştırmalarda görülüyor ki hayat kalitesi ile morbidite ve mortalite arasında bir ilişki vardır. Bu durumdan yola çıkarak denilebilir ki, hastaların yaşam kalitesinin artırılması için tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi gerekmektedir (aktaran; Günalay, 2017). Kronik hastalıklarda hastalık ile ilgili bilinçlenme arttıkça emosyonel tepkiler azalmaya ve hastalık üzerindeki kontrol artmaya başlamaktadır (Covic, Seica, Gusbeth-Tatomir, Gavrilovici, Goldsmith, 2004).

Hayat kalitesini etkileyen faktörler arasında fiziksel, emosyonel ve sosyal kısıtlılıklar görülmektedir. Fiziksel olarak kişide güçsüzlük, yorgunluk, ağrı ve bunlarla birlikte tek başına giyinememe, yürüyememe, kat çıkamama gibi fiziksel aktivitelerinde gerilemeler görülebilmektedir. Depresyon, anksiyete, kabullenmeme gibi bazı emosyonel zorlanmalar görülebilmektedir. Depresyon ve anksiyeteyi oldukça iyi değerlendirmek, tedavinin getirmiş olduğu yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık gibi depresyonun semptomlarıyla karıştırmamak gerekmektedir. Sosyal kısıtlılıklara gelindiği zaman görülüyor ki, kişi eskisi kadar arkadaşlarıyla ve uzakta olan yakınlarıyla görüşmemektedir. Kendisine bakım sağlayan kişilere olan bağımlılıkları hastaları öfkeye sürükleyebilmektedir. Bunlara ek olarak hastaların uygulamış oldukları diyet onları fazlasıyla kısıtlamamaktadır. Tüm bu sebeplerden dolayı hastaların hayat kaliteleri düşebilmektedir (Değirmenci Saltürk, 2006; Dadalı, 2009; Topçu, 2016).

Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların hayat kaliteleri periton diyalizi tedavisi gören ve böbrek transplantasyonu olmuş hastalara göre daha düşüktür. Bunun nedeni sürekli bir makineye ve bir merkeze bağlılık zorunluluklarının olması olabilir (Dadalı, 2009). Uzun süreli tedavi görmek ve tedavinin getirmiş olduğu zorluklarla başa çıkmak hayat kalitesi düzeyini düşürmektedir.

Kaliteli bir hayat için neler yapılabilir? Kaliteli bir yaşamda ilk sırada spor yer almaktadır. Düzenli spor yapmak kişiyi zinde tutar ve enerjisini yükseltir. Sağlıklı

yiyecekler tüketerek beslenme düzenine dikkat etmek gerekmektedir. Uyku saatlerini düzene sokmak gerekmektedir çünkü uykuyu alma şekli tüm günü etkilemektedir. Stresle sağlıklı bir şekilde başa çıkmayı öğrenmek, zamanı iyi değerlendirmek, zaman ayarlaması yapmak gerekmektedir. Kişinin tüm gün bulunduğu çalışma ortamının gürültüsüz, kalabalık olmayan, hava kirliliği olmayan bir yer olması gerekmektedir. Çalışma sırasında fiziksel yapısına dikkat etmelidir. Ağır kaldırmak gibi işleri dikkatli bir şekilde yapmak ve beden postürüne önem göstermek gerekmektedir (Perim, 2007).

2.3. Empati Genel Bilgiler

Bu bölümde empati kavramı ile ilgili literatür araştırması bulunmaktadır. Empati tanımı başlığı altında empatinin ne anlama geldiği, kimler tarafından nasıl tanımlandığı ve ifade edildiği, empati modelinin ne olduğu, sosyal olarak ne işe yaradığı, tıp dalında nasıl kullanıldığı ve yapılan araştırmalarda ne şekilde incelenmiş olduğu hakkında bilgiler içermektedir.

2.3.1. Empati Tanımı

Empati kelimesinin bir çok farklı tanımlaması vardır. Sözlük anlamına bakılacak olursa; “Kişinin kendisini başka bir bilincin yerine koyarak söz konusu bilincin duygularını, isteklerini ve düşüncelerini, denemeksizin anlayabilmesi becerisidir” (www.tdk.gov.tr Aralık, 2017). Dökmen’in basit bir şekilde yapmış olduğu tanımlamada ise empati, kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak onu anlamasıdır (Dökmen, 2006).

Empati kavramının ortaya çıkış şekli şu şekildedir: “Einfühlung” kavramı ilk Robert Vischer tarafından bulunmuştur. Ama Theodor Lipps bu kavrama başkalarının zihinsel durumlarını nasıl anladıklarına dair farklı bir bakış açısı kazandırmıştır (Montag, Gallinat, Heinz, 2008). 1909 yılında ise Edward B. Titcher Yunanca “empathia” kelimesini -karşısındaki kişinin duygusal olarak yaşadıklarını aktif bir şekilde anlamak- “empathy” olarak İngilizce'ye çevirmiştir (Dökmen, 2006).

Empati değişik şekillerde tanımlamalara sahiptir. Omdahl'e göre empati, kişinin karşısındaki kişiyle aynı şeyi yaşamasıdır, benzer duygular içinde olmasıdır (aktaran;

Rehber, 2007). Ünal (1972) insanları anlama kabiliyeti terimini empati anlamında kullanmıştır. Empati kavramını anlayabilmek için üç görüşe başvurmuştur: Çıkarsama kuramı, “Rol Oynama” kuramı ve Heyecan yayılması olarak empati. Çıkarsama kuramını açıklarken kişilerde bulunan duygu, düşünce, heyecanla birlikte kişinin beden ve yüz ifadesinin, şeklinin ve hareketlerinin de değiştiğini belirtmiştir. Yani kişi içinde yaşadığı duygularını dışa vururken beden ve yüz ifadelerini kullanmaktadır. Kişi karşıdaki kişinin dış görüntüsüne bakarak, kendi tecrüberinden yararlanarak iç dünyasında neler yaşadığına dair bir çıkarım yapmaktadır. Çıkarsama kuramı bu durumu içermektedir. “Rol Oynama” kuramında ise kişi kendini karşı taraftakinin yerine koyarak yada o kişiyi taklit ederek karşı tarafın neler hissettiğini ve ne gibi bir görüşe sahip olduğunu anlamaya çalışmaktadır. Heyecan yayılması olarak empati kavramı şu şekilde açıklanmaktadır: kişi karşıdaki bir kişinin heyecanın dışa vurulmuş şeklini algıladığı zaman kişi bu heyecanı kendi içinde hissetmeye başlayabilmektedir.

Aring, empati kavramını, bir başkasının duygularını o kişiye katılmadan anlama eylemi veya kapasitesi olarak tanımlamıştır (aktaran: Hojat, Mangione, Nasca, Gonnella, 2005). Empati, bir diğ erinin duygularını, bu duyguların anlamını ve yoğunluğunu anlama yeteneğidir. Bununla birlikte anladıklarını karşı tarafa anladığı kadarıyla aktarma yeteneğidir (aktaran: Rehber, 2007). Cohen ve Strayer ise empati kavramını bir diğ erinin duygusal durumunu anlama ve paylaşma becerisi olarak tanımlamışlardır (aktaran: Jolliffe, Farrington, 2004).

Düşünürlere göre empati kavramının tanımlamalarının farklı olduğu kadar ifade ettikleri şeyler de farklıdır. Schneider ve arkadaşları, empatiyi “kişi algısı”; Campbell ve arkadaşları ise, “duygusal duyarlılık” olarak adlandırmışlardır. Ford ile Borke, empati konusunu “ben merkezilik”; Bender ve Hastorf ile Rothengers “sosyal duyarlılık” adı altında incelemiştir (aktaran: Dökmen,1988).

Literatüre bakıldığı zaman empatinin ikiye ayrıldığı görülmektedir: duygusal empati ve bilişsel empati. Bilişsel empati kavramı, karşıdaki kişinin ne hissettiğini ve düşündüğünü anlamak; duygusal empati kavramı ise, karşıdaki kişinin hissettiğini hissetmektir (aktaran: Verhofstadt, Devoldre, Buysse, Stevens, Hinnekens, Ickes and Davis, 2016).

Carusa ve Mayer yapmış oldukları literatür yorumlamalarında Hogan'ın empati kavramını, bilişsel açıdan; Mehrabian ve Epstein'in duygusal açıdan; Davis'in ise hem duygusal hem de bilişsel açıdan açıkladığını belirtmişlerdir (Carusa ve Mayer, 1988). Dökmen'in yapmış olduğu kuramsal yorumlamaya göre Dymond, Maratsos, Piche, Hoy ve Shelton gibi isimlerin empati kavramına bilişsel yönden; Stewart, Shaw, Borke, Rothenberg ve Brewer gibi isimlerin duygusal yönden; Rogers, Carchuff ve Truax gibi isimlerin ise duygusal ve bilişsel yönlerden inceledikleri görülmektedir (Dökmen, 1988). Shantz (1974) empati kavramını çocuklar üzerinden araştırmıştır ve ona göre bilişsel empati, çocuğun bir diğer kişinin nasıl hissettiğini anlamasıdır. Yine Shantz'ın belirttiğine göre Feshbach ve arkadaşları empatiye duygusal açıdan yaklaşmakta ve tanımını şu şekilde yapmaktadırlar: çocuk karşısındaki diğer kişiyle aynı duyguları hisseder.

Morse ve arkadaşları (1998) empati kavramını fiziksel empati ve duygusal empati olarak iki şekilde incelemişlerdir. Duygusal empati kavramını, acı içinde olan bir kişiye merhametlice bir cevap verilmesi olarak tanımlamışlardır. Fiziksel empati kavramını ise, acı içinde olan bir kişiye yaşadığı acı ile cevap verilmesi olarak tanımlamışlardır.

Barrett-Lennard 1981 yılında empati modeli ortaya çıkarmıştır. Bu empati modeli 3 basamaktan oluşmaktadır. Birinci basamakta, empatiyi kuracak olarak kişi kendi içinde empatiyi anlamdırır. İkinci basamakta, kişi anlamlandırmış olduğu bu empatik değerlendirmeyi karşı tarafa sunar. Üçüncü basamakta ise, empati kurulan kişi karşıdan gelen değerlendirmeyi algılar ve isterse bununla ilgili bir geribildirimde bulunabilir (aktaran: Dökmen,1988).

Empati, kişileri birbirine yaklaştıran ve birbirlerini anladıklarını göstermekte büyük rol oynayan bir kavramdır. Empati kurulan kişi, kendi duygu ve düşüncelerinin karşısındaki kişi tarafından anlaşıldığını düşünür ve hatta kendisi de bunu öğrenerek başkalarıyla olan ilişkilerinde bu yöntemi kullanabilmektedir. Bu yaklaşımla birlikte sağlıklı bir ilişki için empatinin ne kadar gerekli olduğu görülmektedir (Gülbahçe, Özkurt, 2016). Kılınç ve Uludağ'ın (2017) yapmış olduğu araştırmaya göre, empatik eğilimi yüksek olan kişilerin saldırganlık düzeyinin düşük; empatik eğilimi düşük olan kişilerin ise saldırganlık düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir. Empati sosyal

yaşantımız için gerekli bir yer arz etmektedir. Empatinin varlığı insanlarla yakın ilişki kurmayla ilgili olabilir. Yapılmış olan bir araştırmaya göre empati yeteneği olan insanların sosyal ağlarının daha geniş olduğu bilinmektedir (Kardos, Leidner, Pléh, Soltész, Unoka, 2017).

Empatinin sosyalleşme davranışlarının ifadesinde önemli bir rol oynadığı bulunmuştur. Bununla ilgili olarak Feshbach şöyle söylemektedir: “Toplumsallaşma sürecinin duygunun deneyim, ifadesi ve kısıtlanmasıyla ilgili olan yönleri empati gelişimine ve tezahürü ile oldukça ilgilidir” (aktaran: Barnett, King, Howard, Dino,1979). Araştırmalar gösteriyor ki, empatinin yüksek olması yararlı etki ve tavırlara, düşük olması ise zararlı tutum ve davranışlara yol açmaktadır (aktaran: Stephan and Finlay, 1999).

Tıp alanındaki empati kavramının bir çok farklı tanımlaması bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesinde empati kavramı, hastanın durumunu, deneyimini, duygularını anlama ve yardım edebilmek amacı ile hastayla iletişime geçebilme yeteneği olarak tanımlanmıştır (aktaran: Mercer, Reynolds, 2002; Hojat, 2007). Empatinin hastalar üzerindeki yararları hakkında bir çok çalışma mevcuttur (Decety, Fotopoulou, 2015; Gleichgerrcht, Decety, 2013). Klinik empatinin hastalar üzerindeki etkilerine bakıldığı zaman doktorlarla pozitif ve doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir (Robieux, Karsenti, Pocard, Flahault, 2018). Bazı araştırmalar gösteriyor ki empatinin genel iyiliği sağlayan potansiyel bir faktör olmasının (Hojat, Louis, Maxwell, Markham, Wender, Gonnella, 2010) yanı sıra iş ile ilgili tükenmişliğe karşı da koruyucu bir faktör olduğudur (Thirioux, Brilaut, Jaafari, 2016). Lelorain ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmaya göre; doktorların hastalara empati ile yaklaşması hastanın memnuniyetinin yükselmesine, psikososyal uyumunun iyileşmesine ve psikolojik sıkıntılarının azalmasına yardımcı olmaktadır (Lelorain, Brédart, Dolbeault, Sultan, 2012).

Bir araştırmaya göre, literatürde tıp alanında “klinik empati” kavramı kullanılıyor. Bu kavram 4 boyuttan oluşuyor: duygusal boyut, hastanın hissettiklerini ve deneyimlediklerini hayal edebilme kapasitesi; bilişse boyut, hastanın içsel bakış açısını ve deneyimlerini tanımlayabilme kapasitesi; manevi boyut, doktorun hasta ile empati kurabilme motivasyonu; davranışsal boyut, doktorun iletişim kurabilme

motivasyonudur (Halpern, 2003). Bu hastaların memnuniyetlerini arttırmak için genellikle doktorların kullanması uygun olan empati tarzıdır.

2.3.2. Empatinin Hasta Bireyler Üzerindeki Etkileri ile İlgili Araştırmalar

Empati ve empatik durumlarla ilişkili olarak yapılan bir çok araştırma bulunmaktadır. Razavi ve arkadaşlarının, duygu yüklenmiş kelimelerle iletişime geçme hakkında yapmış oldukları bir araştırma bulunmaktadır. Bu araştırmanın amacı kanser hastalarıyla konuşurken hemşirelerin duygu yüklü kelimeleri kullanabilmelerini sağlayabilmektir. Bu sayede kanser hastaları duygularını daha kolay bir biçimde ifade edebilirler. Araştırmada 115 onkoloji hemşiresi iletişim yetenekleriyle ilgili bir eğitime katılmışlardır. Eğitim boyunca iletişim yeteneklerini geliştirmeyi ve kişilerin endişeleriyle ilgili nasıl konuşabileceklerini öğrenmeleri hedeflenmiştir. Bununla birlikte kanser hastalığının getirmiş olduğu psikolojik ve psikiyatrik durumlar hakkında temel bilgilendirme verilmiştir. Araştırmanın sonucunda eğitim alan hemşirelerin, eğitim almayan hemşirelere göre hastalarla yapmış oldukları klinik görüşmeler sırasında daha duygu yüklü kelimeler kullandıkları görülmüştür (Razavi, Delvaux, Marchal, Durieux, Farvacques, Dubus, Hogenraad, 2002). Aynı şekilde bir başka araştırmada sağlık hizmetleri uzmanlarının iletişimsel beceri eğitimi almalarının hastaların hayat kalitesini ve memnuniyetini geliştireceği sonucu çıkmıştır (Fukui, Ogawa, Yamagishi, 2011).

Uitterhoeve ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmaya göre hemşirelerin yanıtları hastaların memnuniyetini etkiliyor. Hemşireler hastaların söylediklerinin altında yatan ipuçlarını farkına varıp buna göre cevap veriyorlar ve bu da hastaların memnuniyetini aynı düzeyde etkiliyor (Uitterhoeve, Bensign, Dilven, Donders, deMulder, Achterberg, 2009).

Yapılmış olan araştırmalara göre muayane sırasında doktorların bir çok iletişimsel davranışlarının hastaların memnuniyetini etkiledikleri görülmüştür (Ishikawa, Takayama, Yamazaki, Seki, Katsumata, 2002; Zachariae, Pedersen, Jensen, Ehrnrooth, Roosen, von der Maase, 2003). Doktorların hastalara açık uçlu sorular sorması hastaların memnuniyetini yükseltirken talimat ve cesaretlendirme davranışlarının hastaların memnuniyetini düşürdüğü görülmüştür (Ishikawa v.d., 2002).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın örnekleme ve veri toplama araçlarından bahsedilecektir.

3.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemini, İstanbul ilinde bulunan Bayraktar Diyaliz Merkezi, Rentek Diyaliz Merkezi ve kişisel çevreden bulunan diyaliz hastaları ve bu hastaların eşleri oluşturmaktadır. Gönüllü olarak katılan ve katılımı onaylayan toplamda 30 diyaliz hastası ve bu hastaların eşleri bulunmaktadır. Anketler yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için diyaliz hastalarına Sosyodemografik Veri Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği uygulanmıştır. Hasta eşleri için ise Sosyodemografik Veri Formu, Empatik Beceri ölçeği ve Empatik Eğilimi ölçeği kullanılmıştır.

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu formun kullanım amacı anketlere katılan diyaliz hastaları ve hasta eşleri hakkında detaylı bilgi edinmektir. Diyaliz hastalarından alınan bilgiler şunlardır: cinsiyet, yaş, çocuk sayısı, eğitim ve çalışma durumu, gelir düzeyi, diyaliz yaşı, böbrek yetmezliği dışında başka bir tıbbi hastalık varlığı, diyaliz hastalığı dışında başka bir ilaç kullanma, geçmişte, günümüzde ve ailede psikiyatrik tanının sorgulanması.

Diyaliz hastalarının eşleri için Sosyo-demografik Veri formunda cinsiyet, yaş, çocuk sayısı, eğitim ve çalışma durumu, gelir düzeyi, geçmişte önemli tıbbi bir hastalık geçiren bir yakını, çocukken hayati bir hastalık geçirme ve çocukken vefat eden bir yakının olup olmadığı hakkında sorular bulunmaktadır.

3.2.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğini 1992 yılında Rand Corporation tarafından yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 36 maddeden ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı (Ware, Sherbourne, 1992). 4. ve 5. maddeler evet-hayır şeklinde bir cevaba sahiptir diğer sorular likert tipli sorulardır. maddeler son 4 hafta ve genel durum göz önünde bulundurularak cevaplandırılmalıdır. Her bir alt boyut için puanlama ayrı ayrıdır, tek bir genel puan yoktur. Puanlama 0-100 arasında yapılmaktadır. 0 puan kötü sağlık durumunu, 100 puan ise iyi sağlık durumunu göstermektedir. SF-36 ölçeğinin Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Koçyiğit, Aydemir, Fişek, Ölmez, Memiş, 1999).

3.2.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hasta kişinin anksiyete ve depresyon düzeyini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiştir (Zigmond, Snaith, 1983). Dörtlü likert tipli bir ölçektir ve toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Anksiyete ve depresyon olmak üzere iki tane alt ölçeği bulunmaktadır ve tek sayılı sorular anksiyeteyi çift sayılı sorular ise depresyonu ölçmektedir. Son bir kaç gün göz önünde bulundurularak cevaplandırılması gerekmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeğinin kesme puanı 10, depresyon alt ölçeğinin kesme puanı ise 7 bulunmuştur (Aydemir, Güvenir, Küey, Kültür, 1997). İki alt ölçek içinde puanlama 0-21 arasındadır. Puanın az olması anksiyete ve depresyon düzeylerinin az olmasını göstermektedir.

3.2.4. Empatik Beceri Ölçeği B-Formu

Dökmen tarafından 1988 yılında kişilerin empatik becerilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek günlük yaşamda karşılaşılabilecek 6 sorundan ve her bir sorun için 12 empatik tepkiden oluşmaktadır. Kişilerden her bir sorun için verebileceği 4 tepkiyi seçmeleri istenmektedir. Verilen tepkiler belirlenmiş olan puanlama anahtarına göre puanlamaktadır. Bu ölçekten alınan toplam puan kişinin empatik beceri düzeyini

göstermektedir. Alınabilecek en düşük puan 62, en yüksek puan ise 220'dir. Puanlama düştükçe empatik beceri düzeyi de düşmektedir. Dökmen (1988) tarafından güvenilirlik için katılımlı kabul edilen 64 kişilik bir gruba 3 haftada bir 2 kere uygulanmıştır ve bu iki uygulamanın sonuçlarına göre ölçümler arasında $r=91$. düzeyinde bir ilişki belirlenmiştir. Geçerlilik için klinik psikoloji ve psikolojik danışmada en az yüksek lisans derecesine sahip 14 kişilik bir grup ve psikoloji eğitimi almamış 14 kişilik bir başka yüksek lisans derecesine sahip grup kullanılmıştır ve bu iki grubun puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Dökmen, 1988).

3.2.5. Empatik Eğilim Ölçeği

Dökmen tarafından 1988 yılında kişilerin günlük yaşam içinde empati kurabilme yetisini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, her biri likert tipli olmak üzere toplam 20 sorudan oluşmaktadır; 1: tamamen aykırı, 2: oldukça aykırı, 3: karasızım, 4: oldukça uygun, 5: tamamen uygun. Sorulan sorular karşısında kişilerden kendilerine en uygun olan seçeneği seçmeleri istenmektedir. Negatif ve pozitif anlamlı sorular bulunmaktadır ve bu durum göz önüne alınarak puanlama yapılmaktadır. Puanlamada en düşük puan 20, en yüksek puan ise 100'dür. Ölçekten 63 ve altında puan alanlar düşük, 63 ve 72 arasında puan alanlar orta, 72 ve üzerinde puan alanlar ise empatik düzeyi yüksek olarak kabul edilmektedir (Kılınç, Uludağ, 2017). Dökmen tarafından güvenilirlik için 70 kişilik öğrenci grubuna 3 haftada bir 2 kere uygulanmıştır ve bu iki uygulamanın sonuçlarına göre ölçümler arasında $r=82$ düzeyinde ilişki belirlenmiştir. Geçerlilik için 24 kişilik bir grubun Empatik Eğilim Ölçeği'nden ve Edwards Kişisel Tercih Envanteri'nin "Duyguları Anlama" adlı bölümünden alınan sonuçlara göre ölçümler arasında $r=68$ düzeyinde ilişki belirlenmiştir (Dökmen, 1988).

3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 24 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmış olup, farklılıklarının belirlenmesinde Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Ayrıca ölçekler arasındaki ilişki düzeylerini belirlemek için Spearman Korelasyon analizi uygulanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR

Diyaliz hastası ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri ve ölçek puanlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Diyaliz hastası ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin istatistiksel veriler aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3. Diyaliz Hastalarının Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar

Hasta	N=30	n	%
Cinsiyet	Kadın	6	20
	Erkek	24	80
Yaş	62 Yaş Altı	13	43
	62 Yaş ve Üstü	17	57
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	3	10
	Okuryazar	0	0
	İlkokul	17	57
	Ortaokul	7	23
	Lise	2	7
	Üniversite	1	3
Çocuk Sayısı	3 Çocuk Altı	13	43
	3 Çocuk ve Üstü	17	57
Çalışma Durumu	Evet	1	3
	Hayır	29	97
Gelir Düzeyi	1500TL/ay	12	40
	1500-3000 TL/ay	15	50
	3000-5000 TL/ay	3	10
Diyaliz Yaşı	5 Yıl ve Altı	18	60
	5 Yıl Üstü	12	40
Başka Bir Tıbbi Hastalığınız Var Mı?	Evet	22	73
	Hayır	8	27
Başka Bir İlaç Kullanıyor Musunuz?	Evet	20	67
	Hayır	10	33
Psikiyatrik Hastalık Tanınız Var Mı?	Evet	0	0
	Hayır	30	100
Geçmişte Psikiyatrik Bir Hastalık Geçirdiniz Mi?	Evet	0	0
	Hayır	30	100
Ailenizde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Var Mı?	Evet	6	20
	Hayır	24	80

Diyaliz hastası olan 30 kişiden 6'sının (%20) kadın hasta, 24'ünün (%80) erkek hasta olduğu gözlenmiştir.

Diyaliz hastası olan 30 kişinin yaş ortalaması 62 olup, 62 yaş altında olan 13 (%43) hasta, 62 yaş ve üstünde olan 17 (%57) hasta olduğu görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumları okur-yazar olmayan, okur-yazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olarak değerlendirilmiştir. Eğitim durumlarına bakıldığında, okuryazar olmayan 3 (%10) hasta, ilkokul mezunu olan 17 (%57) hasta, ortaokul mezunu olan 7 (%23) hasta, lise mezunu olan 2 (%7) hasta, üniversite mezunu olan 1 (%3) hasta olduğu görülmektedir.

Diyaliz hastaları arasında 3'ün altında çocuğu olan 13 (%43) hasta, 3 ve üzerinde çocuğu olan 17 (%57) hasta vardır.

Çalışan 1 (%3) hasta, çalışmayan 29 (%97) hasta olduğu; aylık geliri 1500 TL olan 12 (%40) hasta, 1500-3000TL arasında geliri olan 15 (%50) hasta, 3000-5000TL arasında geliri olan 3 (%10) hasta olduğu görülmektedir.

Katılımcıların kaç yıldır diyaliz hastası olduğunu saptamanın önemli bir veri kaynağı olabileceği düşünülmektedir. Diyaliz yaşı 5 yıl ve altında olan 18 (%60) hasta, 5 yıl ve üstünde olan 12 (%40) hasta olduğu görülmektedir.

Başka bir tıbbi hastalığı olan 22 (%73) hasta, olmayan 8 (%27) hasta olduğu; başka bir ilaç kullanan 20 (%67) hasta, kullanmayan 10 (%33) hasta olduğu saptanmıştır.

Psikiyatrik hastalık tanısı olan hasta olmadığı, psikiyatrik hastalık tanısı olmayan 30 (%100) hasta olduğu; geçmişte psikiyatrik bir hastalık geçiren hasta olmadığı, geçmişte psikiyatrik bir hastalık geçirmeyen 30 (%100) hasta olduğu görülmektedir.

Ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan 6 (%20) hasta, olmayan 24 (%80) hasta olduğu gözlenmiştir.

Tablo 4. Hasta Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar

Hasta Eşi	N=30	n	%
Cinsiyet	Kadın	24	80
	Erkek	6	20
Yaş	58 Yaş Altı	12	40
	58 Yaş ve Üstü	18	60
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	4	13
	Okuryazar	3	10
	İlkokul	15	50
	Ortaokul	6	20
	Lise	2	7
	Üniversite	0	0
Çocuk Sayısı	3 Çocuk Altı	13	43
	3 Çocuk ve Üstü	17	57
Çalışma Durumu	Evet	2	7
	Hayır	28	93
Gelir Düzeyi	1500TL/ay	13	43
	1500-3000 TL/ay	14	47
	3000-5000 TL/ay	3	10
Geçmişte Önemli Bir Tıbbi Hastalık Geçiren Bir Yakınınız Oldu Mu?	Evet	15	50
	Hayır	15	50
Çocukluğunuzda Önemli Bir Hastalık Geçirdiniz Mi?	Evet	2	7
	Hayır	28	93
Çocuklukta Ölen Bir Kardeşiniz/Ebeveyniniz Var Mı?	Evet	14	47
	Hayır	16	53

Hasta eşi olan 30 kişiden 24'ünün (%80) kadın, 6'sının (%20) erkek olduğu gözlenmiştir.

Hasta eşlerinin yaş ortalaması 58 olup, 58 yaş altında olan 12 (%40) kişi, 58 yaş ve üstünde olan 18 (%60) kişi vardır.

Katılımcı hasta eşlerinin eğitim durumları okur-yazar olmayan, okur-yazar, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite olarak değerlendirilmiştir. Hasta eşlerinin eğitim durumlarına bakıldığında, okuryazar olmayan 4 (%13) kişi, okuryazar olan 3 (%10) kişi, ilkokul mezunu olan 15 (%50) kişi, ortaokul mezunu olan 6 (%20) kişi, lise mezunu olan 2 (%7) kişi olduğu görülmektedir.

Hasta eşleri arasında 3'ün altında çocuğu olan 13 (%43) kişi, 3 ve üzerinde çocuğu olan 17 (%57) kişi vardır.

Çalışan 2 (%7) kişi, çalışmayan 28 (%93) kişi vardır. Aylık geliri 1500 TL olan 13 (%43) kişi, 1500-3000TL arasında geliri olan 14 (%47) kişi, 3000-5000TL arasında geliri olan 3 (%10) kişi vardır.

Geçmişte önemli bir tıbbi hastalık geçiren bir yakını olan 15 (%50) kişi, olmayan 15 (%50) kişi vardır.

Çocukluğunda önemli bir hastalık geçiren 2 (%7) kişi, hastalık geçirmeyen 28 (%93) kişi vardır.

Çocuklukta ölen bir kardeşi/ebeveyni olan 14 (%47) kişi, olmayan 16 (%53) kişi olduğu gözlenmiştir.

4.2. Tanımlayıcı İstatistikler

SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut, Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği, Empatik Eğilim ölçeği, Empatik Beceri ölçek puanlarına yönelik tanımlayıcı istatistik bilgileri aşağıda yer almaktadır.

Tablo 5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Empatik Eğilim Ölçeği, Empatik Beceri Ölçek Puanları İle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

N=30		Ort.	S. Sapma	Min.	Max.	
Hasta	SF-36	Fiziksel Fonksiyon	52,83	33,18	0	100
		Fiziksel Rol Güçlüğü	39,17	46,28	0	100
		Emosyonel Rol Güçlüğü	48,88	48,53	0	100
		Enerji	47,63	22,77	0	100
		Ruhsal Sağlık	71,33	18,09	32	100
		Sosyal İşlevsellik	68,33	30,04	0	100
		Ağrı	77,67	28,63	0	100
		Genel Sağlık Algısı	53,83	17,40	20	90
	HAD	Anksiyete	4,67	3,93	0	15
		Depresyon	6,20	4,37	1	16
Hasta Eşi	EEÖ	Empatik Eğilim	72,67	7,50	58	92
	EBÖ	Empatik Beceri	109,93	16,08	86	146

SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puanlarına bakıldığında, hastaların fiziksel fonksiyon puan ortalamasının 52,83 olduğu, fiziksel rol güçlüğü puan ortalamasının 39,17 olduğu, emosyonel rol güçlüğü puan ortalamasının 48,88, enerji

puan ortalamasının 47,63 olduğu, ruhsal sağlık puan ortalamasının 71,33 olduğu, sosyal işlevsellik puan ortalamasının 68,33 olduğu, ağrı puan ortalamasının 77,67 olduğu, genel sağlık algısı puan ortalamasının 53,83 olduğu gözlenmiştir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği puanlarına bakıldığında, hastaların anksiyete puan ortalamasının 4,67 olduğu, depresyon puan ortalamasının 6,20 olduğu gözlenmiştir.

Empatik Eğilim ölçeği ve Empatik Beceri ölçeği puanlarına bakıldığında, hasta eşlerinin empatik eğilim puan ortalamasının 72,67 olduğu ve ölçekten alınan minimum puanın 58, maksimum puanın 92 olduğu görülmüştür. Empatik beceri puan ortalamasının 109,93 olduğu ve ölçekten alınan minimum puanın 86, maksimum puanın 146 olduğu gözlenmiştir.

4.3. Hasta ve Hasta Eşlerine Uygulanan Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Düzeyleri

Hastalara uygulanan SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puanları, Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçek puanları ile hasta eşlerine uygulanan Empatik Eğilim ölçek ve Empatik Beceri ölçek puanları arasındaki ilişki düzeylerine yönelik korelasyon analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 6. Hasta ve Hasta Eşlerine Uygulanan Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Düzeyleri

Hasta		Hasta Eşi	
		Empatik Eğilim	
SF-36	Fiziksel Fonksiyon	r	0,12
	Fiziksel Rol Güçlüğü	r	0,12
	Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-0,02
	Enerji	r	0,39*
	Ruhsal Sağlık	r	-0,19
	Sosyal İşlevsellik	r	-0,27
	Ağrı	r	-0,05
	Genel Sağlık Algısı	r	0,46*
HAD	Anksiyete	r	0,09
	Depresyon	r	-0,10
		*p<0,05	

Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puanları ile hasta eşlerinin Empatik Eğilim ve Empatik Beceri ölçek puanlarına bakıldığında:

Hastaların fiziksel fonksiyon puanları ile hasta eşlerinin empatik eğilim puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=0,12;p>0,05$). Hastaların fiziksel fonksiyon puanları ile empatik beceri puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=0,33;p>0,05$).

Hastaların fiziksel rol güçlüğü puanları ile hasta eşlerinin empatik eğilim puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=0,12;p>0,05$). Hastaların fiziksel rol güçlüğü puanları ile empatik beceri puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=0,36;p<0,05$).

Hastaların emosyonel rol güçlüğü puanları ile hasta eşlerinin empatik eğilim puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=-0,02;p>0,05$). Hastaların emosyonel rol güçlüğü puanları ile empatik beceri puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=0,26;p>0,05$).

Hastaların enerji puanları ile hasta eşlerinin empatik eğilim puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=0,39;p<0,05$). Hastaların enerji puanları ile empatik beceri puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=0,02;p>0,05$).

Hastaların ruhsal sağlık puanları ile hasta eşlerinin empatik eğilim puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=0,19;p>0,05$). Hastaların ruhsal sağlık puanları ile empatik beceri puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=0,00;p>0,05$).

Hastaların sosyal işlevsellik puanları ile hasta eşlerinin empatik eğilim puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=-0,27;p>0,05$). Hastaların sosyal işlevsellik puanları ile empatik beceri puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=0,23;p>0,05$).

Hastaların ağrı puanları ile hasta eşlerinin empatik eğilim puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=0,05;p>0,05$). Hastaların ağrı puanları ile empatik beceri puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=0,11;p>0,05$).

Hastaların genel sağlık algısı puanları ile hasta eşlerinin empatik eğilim puanları arasında aynı yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=0,46;p<0,05$). Hastaların genel sağlık puanları ile empatik beceri puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=0,13;p>0,05$).

Hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçek puanları ile hasta eşlerinin empatik eğilim ve empatik beceri puanlarına göre bakıldığı zaman:

Hastaların anksiyete puanları ile hasta eşlerinin empatik eğilim puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=0,09;p>0,05$). Hastaların anksiyete puanları ile empatik beceri puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=0,16;p>0,05$).

Hastaların depresyon puanları ile hasta eşlerinin empatik eğilim puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=0,10;p>0,05$). Hastaların depresyon puanları ile empatik beceri puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir ($r=0,30;p>0,05$).

4.4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçek puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

4.4.1. Hastaların Cinsiyetlerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların cinsiyetlerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut, Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 7. Hastaların Cinsiyetlerine Göre SF-36 Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

N=30	Hasta	Cinsiyet	n	Ort.	Sıra Ort.	Z	p
SF-36	Fiziksel Fonksiyon	Kadın	6	57,50	16,58	-0,338	0,74
		Erkek	24	51,67	15,23		
	Fiziksel Rol Güçlüğü	Kadın	6	20,83	12,50	-1,020	0,31
		Erkek	24	43,75	16,25		
	Emosyonel Rol Güçlüğü	Kadın	6	0,00	7,50	-2,752	0,01*
		Erkek	24	61,10	17,50		
	Enerji	Kadın	6	40,67	11,33	-1,314	0,19
		Erkek	24	49,38	16,54		
	Ruhsal Sağlık	Kadın	6	78,00	18,67	-0,989	0,32
		Erkek	24	69,67	14,71		
	Sosyal İşlevsellik	Kadın	6	60,42	13,42	-0,663	0,51
		Erkek	24	70,31	16,02		
	Ağrı	Kadın	6	57,50	11,25	-1,396	0,16
		Erkek	24	82,71	16,56		
Genel Sağlık Algısı	Kadın	6	48,33	11,67	-1,200	0,23	
	Erkek	24	55,21	16,46			
HAD	Anksiyete	Kadın	6	5,00	18,25	-0,861	0,39
		Erkek	24	4,58	14,81		
	Depresyon	Kadın	6	5,67	16,17	-0,209	0,84
		Erkek	24	6,33	15,33		

*p<0,05

Z=Mann Whitney U Testi

SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puanlarına göre bakıldığında, hasta kadınların fiziksel fonksiyon, ruhsal sağlık puanlarının hasta erkeklere göre daha yüksek olduğu; hasta kadınların fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı puanlarının hasta erkeklere göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hastaların cinsiyetlerine göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$); hastaların cinsiyetlerine göre emosyonel rol güçlüğü puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) gözlenmiştir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği puanlarına göre bakıldığında, hasta kadınların anksiyete puanlarının hasta erkeklere göre daha yüksek olduğu; hasta kadınların depresyon puanlarının hasta erkeklere göre daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Test sonucu değerlendirildiğinde, hastaların cinsiyetlerine göre anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

4.4.2. Hastaların Yaşlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların yaşlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut, Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 8. Hastaların Yaşlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

N=30	Hasta	Yaş	n	Ort.	Sıra Ort.	Z	p
SF-36	Fiziksel Fonksiyon	<62 Yaş	13	70,38	20,15	-2,540	0,01*
		≥62 Yaş	17	39,41	11,94		
	Fiziksel Rol Güçlüğü	<62 Yaş	13	46,15	17,65	-1,281	0,20
		≥62 Yaş	17	33,82	13,85		
	Emosyonel Rol Güçlüğü	<62 Yaş	13	53,84	16,38	-0,532	0,60
		≥62 Yaş	17	45,09	14,82		
	Enerji	<62 Yaş	13	48,77	15,54	-0,021	0,98
		≥62 Yaş	17	46,76	15,47		
	Ruhsal Sağlık Algısı	<62 Yaş	13	77,54	18,38	-1,575	0,12
		≥62 Yaş	17	66,59	13,29		
	Sosyal İşlevsellik	<62 Yaş	13	80,77	19,08	-1,991	0,046*
		≥62 Yaş	17	58,82	12,76		
	Ağrı	<62 Yaş	13	82,50	16,46	-0,552	0,58
		≥62 Yaş	17	73,97	14,76		
Genel Sağlık Algısı	<62 Yaş	13	56,15	16,69	-0,653	0,51	
	≥62 Yaş	17	52,06	14,59			
HAD	Anksiyete	<62 Yaş	13	3,62	14,42	-0,590	0,56
		≥62 Yaş	17	5,47	16,32		
	Depresyon	<62 Yaş	13	4,54	12,96	-1,389	0,17
		≥62 Yaş	17	7,47	17,44		

* $p<0,05$

Z=Mann Whitney U Testi

SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puanlarına bakıldığında, 62 yaş altında olan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı puanlarının 62 yaş ve üstünde

olan hastalara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hastaların yaşlarına göre fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, ağrı ve genel sağlık algısı puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$); hastaların yaşlarına göre fiziksel fonksiyon, sosyal işlevsellik puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) gözlenmiştir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği puanlarına bakıldığında, 62 yaş altında olan hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının 62 yaş ve üstünde olan hastalara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hastaların yaşlarına göre anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

4.4.3. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların eğitim durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut, Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 9. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre SF-36 Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

N=30	Hasta	Eğitim Durumu	n	Ort.	Sıra Ort.	Z	P
SF-36	Fiziksel Fonksiyon	İlkokul ve Altı	20	53,25	15,58	-0,066	0,95
		Ortaokul ve Üstü	10	52,00	15,35		
	Fiziksel Rol Güçlüğü	İlkokul ve Altı	20	35,00	14,33	-1,130	0,26
		Ortaokul ve Üstü	10	47,50	17,85		
	Emosyonel Rol Güçlüğü	İlkokul ve Altı	20	48,33	15,38	-0,122	0,90
		Ortaokul ve Üstü	10	49,99	15,75		
	Enerji	İlkokul ve Altı	20	48,70	15,53	-0,022	0,98
		Ortaokul ve Üstü	10	45,50	15,45		
	Ruhsal Sağlık	İlkokul ve Altı	20	74,65	17,08	-1,391	0,16
		Ortaokul ve Üstü	10	64,70	12,35		
	Sosyal İşlevsellik	İlkokul ve Altı	20	69,38	15,98	-0,428	0,67
		Ortaokul ve Üstü	10	66,25	14,55		
	Ağrı	İlkokul ve Altı	20	76,13	15,25	-0,232	0,82
		Ortaokul ve Üstü	10	80,75	16,00		
	Genel Sağlık Algısı	İlkokul ve Altı	20	55,00	15,93	-0,376	0,71
		Ortaokul ve Üstü	10	51,50	14,65		
HAD	Anksiyete	İlkokul ve Altı	20	4,80	15,68	-0,155	0,88
		Ortaokul ve Üstü	10	4,40	15,15		
	Depresyon	İlkokul ve Altı	20	6,55	16,85	-1,194	0,23
		Ortaokul ve Üstü	10	5,50	12,80		

Z=Mann Whitney U Testi

SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puanlarına bakıldığında, ilkokul ve altında eğitimi olan hastaların fiziksel fonksiyon, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, genel sağlık algısı puanlarının ortaokul ve üstünde eğitimi olan hastalara göre daha yüksek olduğu; ilkokul ve altında eğitimi olan hastaların fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ağrı puanlarının ortaokul ve üstünde eğitimi olan hastalara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hastaların eğitim durumlarına göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği puanlarına bakıldığında, ilkokul ve altında eğitimi olan hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının ortaokul ve üstünde eğitimi olan hastalara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hastaların eğitim durumlarına göre anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

4.4.4. Hastaların Çocuk Sayılarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların çocuk sayılarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut, Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 10. Hastaların Çocuk Sayılarına Göre SF-36 Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

N=30	Hasta	Çocuk Sayısı	n	Ort.	Sıra Ort.	Z	P
SF-36	Fiziksel Fonksiyon	<3 Çocuk	13	63,46	18,19	-1,470	0,14
		≥3 Çocuk	17	44,71	13,44		
	Fiziksel Rol Güçlüğü	<3 Çocuk	13	44,23	17,23	-1,030	0,30
		≥3 Çocuk	17	35,29	14,18		
	Emosyonel Rol Güçlüğü	<3 Çocuk	13	53,84	16,38	-0,532	0,60
		≥3 Çocuk	17	45,09	14,82		
	Enerji	<3 Çocuk	13	47,69	15,54	-0,021	0,98
		≥3 Çocuk	17	47,59	15,47		
	Ruhsal Sağlık Algısı	<3 Çocuk	13	70,08	14,88	-0,336	0,74
		≥3 Çocuk	17	72,29	15,97		
	Sosyal İşlevsellik	<3 Çocuk	13	78,85	18,46	-1,649	0,10
		≥3 Çocuk	17	60,29	13,24		
	Ağrı	<3 Çocuk	13	83,08	16,96	-0,840	0,40
		≥3 Çocuk	17	73,53	14,38		
Genel Sağlık Algısı	<3 Çocuk	13	54,62	16,04	-0,295	0,77	
	≥3 Çocuk	17	53,24	15,09			
HAD	Anksiyete	<3 Çocuk	13	3,69	13,38	-1,159	0,25
		≥3 Çocuk	17	5,41	17,12		
	Depresyon	<3 Çocuk	13	5,15	13,77	-0,947	0,34
		≥3 Çocuk	17	7,00	16,82		

Z=Mann Whitney U Testi

SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puanlarına bakıldığında, 3'ün altında çocuğu olan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı puanlarının 3 ve üstünde çocuğu olan hastalara göre daha yüksek olduğu; 3'ün altında çocuğu olan hastaların ruhsal sağlık puanlarının 3 ve üstünde çocuğu olan hastalara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hastaların çocuk sayılarına göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı

ve genel sağlık algısı puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği puanlarına bakıldığında, 3'ün altında çocuğu olan hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının 3 ve üstünde çocuğu olan hastalara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hastaların çocuk sayılarına göre anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

4.4.5. Hastaların Gelir Düzeylerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların gelir düzeylerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut, Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 11. Hastaların Gelir Düzeylerine Göre SF-36 Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

N=30	Hasta	Gelir Düzeyi	n	Ort.	Sıra Ort.	Z	SP	
SF-36	Fiziksel Fonksiyon	1500TL/ay	12	51,67	14,67	-0,425	0,67	
		1500-5000 TL/ay	18	53,61	16,06			
	Fiziksel Rol Güçlüğü	1500TL/ay	12	20,83	12,50	-1,666	0,1	
		1500-5000 TL/ay	18	51,39	17,50			
	Emosyonel Rol Güçlüğü	1500TL/ay	12	33,33	13,00	-1,405	0,16	
		1500-5000 TL/ay	18	59,26	17,17			
	Enerji	1500TL/ay	12	46,17	14,88	-0,322	0,75	
		1500-5000 TL/ay	18	48,61	15,92			
	Ruhsal Sağlık	1500TL/ay	12	71,33	15,08	-0,212	0,83	
		1500-5000 TL/ay	18	71,33	15,78			
	Sosyal İşlevsellik	1500TL/ay	12	58,33	12,67	-1,473	0,14	
		1500-5000 TL/ay	18	75,00	17,39			
	Ağrı	1500TL/ay	12	73,96	16,00	-0,268	0,79	
		1500-5000 TL/ay	18	80,14	15,17			
	Genel Sağlık Algısı	1500TL/ay	12	54,58	15,83	-0,170	0,87	
		1500-5000 TL/ay	18	53,33	15,28			
	HAD	Anksiyete	1500TL/ay	12	4,58	15,08	-0,213	0,83
			1500-5000 TL/ay	18	4,72	15,78		
Depresyon		1500TL/ay	12	6,25	16,00	-0,255	0,80	
		1500-5000 TL/ay	18	6,17	15,17			

Z=Mann Whitney U Testi

SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puanlarına bakıldığında, aylık geliri 1500TL olan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, sosyal işlevsellik, ağrı puanlarının 1500-5000TL arasında geliri olan hastalara göre daha düşük olduğu; aylık geliri 1500TL olan hastaların ruhsal sağlık, genel sağlık algısı puanlarının 1500-5000TL arasında geliri olan hastalara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hastaların gelir düzeylerine göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Hasta Anksiyete ve Depresyon ölçek puanlarına bakıldığında, aylık geliri 1500TL olan hastaların anksiyete puanlarının 1500-5000TL arasında geliri olan hastalara göre daha düşük olduğu; aylık geliri 1500TL olan hastaların depresyon puanlarının 1500-5000TL arasında geliri olan hastalara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirdiğimizde, hastaların gelir düzeylerine göre anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

4.4.6. Hastaların Diyaliz Yaşlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve Hastane Anksiyete ile Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların diyaliz yaşlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut, Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçek puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 12. Hastaların Diyaliz Yaşlarına Göre SF-36 Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

N=30	Hasta	Diyaliz Yaşı	n	Ort.	Sıra Ort.	Z	p
SF-36	Fiziksel Fonksiyon	≤5 Yıl	18	62,78	18,06	-1,954	0,05
		>5 Yıl	12	37,92	11,67		
	Fiziksel Rol Güçlüğü	≤5 Yıl	18	47,22	17,06	-1,296	0,20
		>5 Yıl	12	27,08	13,17		
	Emosyonel Rol Güçlüğü	≤5 Yıl	18	57,41	17,08	-1,334	0,18
		>5 Yıl	12	36,10	13,13		
	Enerji	≤5 Yıl	18	51,11	16,94	-1,115	0,27
		>5 Yıl	12	42,42	13,33		
	Ruhsal Sağlık	≤5 Yıl	18	73,39	16,53	-0,786	0,43
		>5 Yıl	12	68,25	13,96		
	Sosyal İşlevsellik	≤5 Yıl	18	73,61	17,28	-1,386	0,17
		>5 Yıl	12	60,42	12,83		
	Ağrı	≤5 Yıl	18	88,47	18,72	-2,592	0,01*
		>5 Yıl	12	61,46	10,67		
Genel Sağlık Algısı	≤5 Yıl	18	55,28	16,31	-0,618	0,54	
	>5 Yıl	12	51,67	14,29			
HAD	Anksiyete	≤5 Yıl	18	4,44	14,97	-0,405	0,69
		>5 Yıl	12	5,00	16,29		
	Depresyon	≤5 Yıl	18	5,44	13,53	-1,511	0,13
		>5 Yıl	12	7,33	18,46		

*p<0,05

Z=Mann Whitney U Testi

SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puanlarına bakıldığında, diyaliz yaşı 5 yıl ve altında olan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı puanlarının 5 yıl üstünde olan hastalara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hastaların diyaliz yaşlarına göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik ve genel sağlık algısı puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$); hastaların diyaliz yaşlarına göre ağrı puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) gözlenmiştir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği puanlarına bakıldığında, diyaliz yaşı 5 yıl ve altında olan hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının 5 yıl üstünde olan hastalara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde,

hastaların diyaliz yaşlarına göre anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

4.4.7. Hastaların Başka Bir Tıbbi Hastalık Olma Durumlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların başka bir tıbbi hastalık olma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut, Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 13. Hastaların Başka Bir Tıbbi Hastalık Olma Durumlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

N=30	Hasta	Başka Bir Tıbbi Hastalığınız Var Mı?	n	Ort.	Sıra Ort.	Z	p
SF-36	Fiziksel Fonksiyon	Evet	22	42,95	12,75	-2,847	0,00
		Hayır	8	80,00	23,06		
	Fiziksel Güçlüğü	Evet	22	29,55	13,82	-1,897	0,06
		Hayır	8	65,63	20,13		
	Emosyonel Güçlüğü	Evet	22	48,48	15,41	-0,104	0,92
		Hayır	8	50,00	15,75		
	Enerji	Evet	22	42,68	13,80	-1,782	0,08
		Hayır	8	61,25	20,19		
	Ruhsal Sağlık	Evet	22	69,95	14,93	-0,588	0,56
		Hayır	8	75,13	17,06		
	Sosyal İşlevsellik	Evet	22	68,75	15,52	-0,024	0,98
		Hayır	8	67,19	15,44		
	Ağrı	Evet	22	76,70	15,23	-0,297	0,77
		Hayır	8	80,31	16,25		
Genel Sağlık Algısı	Evet	22	51,36	14,41	-1,133	0,26	
	Hayır	8	60,63	18,50			
HAD	Anksiyete	Evet	22	4,95	15,64	-0,142	0,89
		Hayır	8	3,88	15,13		
	Depresyon	Evet	22	6,91	17,11	-1,674	0,09
		Hayır	8	4,25	11,06		

* $p<0,05$

Z=Mann Whitney U Testi

SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puanlarına bakıldığında, başka bir tıbbi hastalığı olan hastaların sosyal işlevsellik puanlarının diğer hastalara göre daha yüksek

olduğu; başka bir tıbbi hastalığı olan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, ağrı, genel sağlık algısı puanlarının diğer hastalara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hastaların başka bir tıbbi hastalığa sahip olma durumlarına göre fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$); hastaların başka bir tıbbi hastalığa sahip olma durumlarına göre fiziksel fonksiyon puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) gözlenmiştir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği puanlarına bakıldığında, başka bir tıbbi hastalığı olan hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hastaların başka bir tıbbi hastalık sahibi olma durumlarına göre anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

4.4.8. Hastaların Başka Bir İlaç Kullanma Durumlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların başka bir ilaç kullanma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut, Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 14. Hastaların Başka Bir İlaç Kullanma Durumlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

N=30	Hasta	Başka Bir İlaç Kullanıyor Musunuz?	n	Ort.	Sıra Ort.	Z	p
SF-36	Fiziksel Fonksiyon	Evet	20	44,00	13,15	-2,074	0,04*
		Hayır	10	70,50	20,20		
	Fiziksel Rol Güçlüğü	Evet	20	32,50	14,40	-1,058	0,29
		Hayır	10	52,50	17,70		
	Emosyonel Rol Güçlüğü	Evet	20	48,33	15,38	-0,122	0,90
		Hayır	10	50,00	15,75		
	Enerji	Evet	20	43,45	14,10	-1,248	0,21
		Hayır	10	56,00	18,30		
	Ruhsal Sağlık Algısı	Evet	20	70,95	15,55	-0,044	0,97
		Hayır	10	72,10	15,40		
	Sosyal İşlevsellik	Evet	20	71,25	16,35	-0,765	0,44
		Hayır	10	62,50	13,80		
	Ağrı	Evet	20	80,13	16,28	-0,720	0,47
		Hayır	10	72,75	13,95		
Genel Sağlık	Evet	20	51,75	14,68	-0,731	0,47	
	Hayır	10	58,00	17,15			
HAD	Anksiyete	Evet	20	4,60	15,30	-0,177	0,86
		Hayır	10	4,80	15,90		
	Depresyon	Evet	20	6,20	16,05	-0,487	0,63
		Hayır	10	6,20	14,40		

*p<0,05

Z=Mann Whitney U Testi

SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puanlarına bakıldığında, başka bir ilaç kullanan hastaların sosyal işlevsellik, ağrı puanlarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu; başka bir ilaç kullanan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı puanlarının diğer hastalara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hastaların başka bir ilaç kullanma durumlarına göre fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$); hastaların başka bir ilaç kullanma durumlarına göre fiziksel fonksiyon puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) gözlenmiştir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği puanlarına bakıldığında, başka bir ilaç kullanan hastaların anksiyete puanlarının diğer hastalara göre daha düşük olduğu; başka

bir ilaç kullanan hastaların depresyon puanlarının diğer hastalarla aynı olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hastaların başka bir ilaç kullanma durumlarına göre anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

4.4.9. Hastaların Ailelerinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Olma Durumlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Hastaların ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut, Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 15. Hastaların Ailelerinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Olma Durumlarına Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

N=30	Hasta	Ailenizde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Var Mı?	n	Ort.	Sıra Ort.	Z	p
SF-36	Fiziksel Fonksiyon	Evet	6	54,17	15,58	-0,026	0,98
		Hayır	24	52,50	15,48		
	Fiziksel Rol Güçlüğü	Evet	6	37,50	15,42	-0,028	0,98
		Hayır	24	39,58	15,52		
	Emosyonel Rol Güçlüğü	Evet	6	61,10	17,25	-0,602	0,55
		Hayır	24	45,83	15,06		
	Enerji	Evet	6	38,33	12,75	-0,867	0,39
		Hayır	24	49,96	16,19		
	Ruhsal Sağlık Algısı	Evet	6	74,17	17,50	-0,624	0,53
		Hayır	24	70,63	15,00		
	Sosyal İşlevsellik	Evet	6	83,33	19,67	-1,326	0,19
		Hayır	24	64,58	14,46		
	Ağrı	Evet	6	85,00	18,08	-0,849	0,40
		Hayır	24	75,83	14,85		
Genel Sağlık Algısı	Evet	6	50,83	15,17	-0,104	0,92	
	Hayır	24	54,58	15,58			
HAD	Anksiyete	Evet	6	4,17	16,42	-0,287	0,77
		Hayır	24	4,79	15,27		
	Depresyon	Evet	6	4,83	13,67	-0,573	0,57
		Hayır	24	6,54	15,96		

Z=Mann Whitney U Testi

SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puanlarına bakıldığında, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı puanlarının diğer hastalara göre daha yüksek olduğu; ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların fiziksel rol güçlüğü, enerji, genel sağlık algısı puanlarının diğer hastalara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hastaların ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olma durumlarına göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($P>0,05$).

Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçek puanlarına bakıldığında, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının diğer hastalara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hastaların ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olma durumlarına göre anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($P>0,05$).

4.5. Hasta Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Empatik Eğilim Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Hasta eşlerinin sosyodemografik özelliklerine göre Empatik Eğilim ölçek puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 16. Hasta Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Empatik Eğilim Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Hasta Eşi	N=30	Empatik Eğilim			
		n	Ort.	Sıra Ort.	Z
Cinsiyet	Kadın	24	72,38	15,02	-0,597
	Erkek	6	73,83	17,42	
Yaş	<58 Yaş	12	71,33	14,21	-0,657
	≥58 Yaş	18	73,56	16,36	
Eğitim Durumu	İlkokul ve Altı	22	72,41	14,68	-0,846
	Ortaokul ve Üstü	8	73,38	17,75	
Çocuk Sayısı	<3 Çocuk	13	71,38	14,69	-0,440
	≥3 Çocuk	17	73,65	16,12	
Gelir Düzeyi	1500TL/ay	13	74,54	17,35	-1,01
	1500-5000 TL/ay	17	71,24	14,09	-1,01
Geçmişte Önemli Bir Tıbbi Hastalık Geçiren Bir Yakınınız Oldu Mu?	Evet	15	70,27	13,07	-1,517
	Hayır	15	75,07	17,93	
Çocuklukta Ölen Bir Kardeşiniz/Ebeveyniniz Var Mı?	Evet	14	70,36	12,82	-1,562
	Hayır	16	74,69	17,84	

Z=Mann Whitney U Testi

Cinsiyete göre karşılaştırma: Kadın hasta eşlerinin empatik eğilim puanlarının erkek hasta eşlerine göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hasta eşlerinin cinsiyetlerine göre empatik eğilim puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Yaşa göre karşılaştırma: 58 yaş altında olan hasta eşlerinin empatik eğilim puanlarının 58 yaş ve üstünde olan hasta eşlerine göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hasta eşlerinin yaşlarına göre empatik eğilim puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Eğitim durumlarına göre karşılaştırma: İlkokul ve altında eğitimi olan hasta eşlerinin empatik eğilim puanlarının ortaokul ve üstünde eğitimi olan hasta eşlerine göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hasta eşlerinin eğitim durumlarına göre empatik eğilim puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Çocuk sayılarına göre karşılaştırma: 3'ün altında çocuğu olan hasta eşlerinin empatik eğilim puanlarının 3 ve üstünde çocuğu olan hasta eşlerine göre daha düşük

olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hasta eşlerinin çocuk sayılarına göre empatik eğilim puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Gelir düzeylerine göre karşılaştırma: 1500TL geliri olan hasta eşlerinin empatik eğilim puanlarının 1500-5000TL arasında geliri olan hasta eşlerine göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hasta eşlerinin gelir düzeylerine göre empatik eğilim puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Geçmişte önemli bir tıbbi hastalık geçiren bir yakının olma durumlarına göre karşılaştırma: Geçmişte önemli bir tıbbi hastalık geçiren bir yakını olan hasta eşlerinin empatik eğilim puanlarının diğer hasta eşlerine göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hasta eşlerinin geçmişte önemli bir tıbbi hastalık geçiren bir yakınlarının olma durumlarına göre empatik eğilim puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Çocuklukta ölen bir kardeşi/ebeveyne sahip olma durumlarına göre karşılaştırma: Çocuklukta ölen bir kardeşi/ebeveyni olan hasta eşlerinin empatik eğilim puanlarının diğer hasta eşlerine göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hasta eşlerinin çocuklukta ölen bir kardeşi/ebeveyni olma durumlarına göre empatik eğilim puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

4.6. Hasta Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Empatik Beceri Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Hasta eşlerinin sosyodemografik özelliklerine göre empatik beceri ölçek puanlarının farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiş olup sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 17. Hasta Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Empatik Beceri Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Hasta Eşi	N=30	Empatik Beceri			
		n	Ort.	Sıra Ort.	Z
Cinsiyet	Kadın	24	109,71	15,44	-0,078
	Erkek	6	110,83	15,75	
Yaş	<58 Yaş	12	112,83	16,88	-0,699
	≥58 Yaş	18	108,00	14,58	
Eğitim Durumu	İlkokul ve Altı	22	105,50	12,95	-2,629
	Ortaokul ve Üstü	8	122,13	22,50	
Çocuk Sayısı	<3 Çocuk	13	118,54	20,35	-2,640
	≥3 Çocuk	17	103,35	11,79	
Gelir Düzeyi	1500TL/ay	13	104,69	13,12	-1,299
	1500-5000 TL/ay	17	113,94	17,32	
Geçmişte Önemli Bir Tıbbi Hastalık Geçiren Bir Yakınınız Oldu Mu?	Evet	15	112,73	16,87	-0,851
	Hayır	15	107,13	14,13	
Çocuklukta Ölen Bir Kardeşiniz/Ebeveyniniz Var Mı?	Evet	14	109,57	15,46	-0,021
	Hayır	16	110,25	15,53	
*p<0,05					

Z=Mann Whitney U Testi

Cinsiyete göre karşılaştırma: Kadın hasta eşlerinin empatik beceri puanlarının erkek hasta eşlerine göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hasta eşlerinin cinsiyetlerine göre empatik beceri puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Yaşa göre karşılaştırma: 58 yaş altında olan hasta eşlerinin empatik beceri puanlarının 58 yaş ve üstünde olan hasta eşlerine göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hasta eşlerinin yaşlarına göre empatik beceri puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Eğitim durumlarına göre karşılaştırma: İlkokul ve altında eğitimi olan hasta eşlerinin empatik beceri puanlarının ortaokul ve üstünde eğitimi olan hasta eşlerine göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hasta eşlerinin eğitim durumlarına göre empatik beceri puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).

Çocuk sayılarına göre karşılaştırma: 3'ün altında çocuğu olan hasta eşlerinin empatik beceri puanlarının 3 ve üstünde çocuğu olan hasta eşlerine göre daha yüksek

olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hasta eşlerinin çocuk sayılarına göre empatik beceri puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p < 0,05$).

Gelir düzeylerine göre karşılaştırma: 1500TL geliri olan hasta eşlerinin empatik beceri puanlarının 1500-5000TL arasında geliri çocuğu olan hasta eşlerine göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hasta eşlerinin gelir düzeylerine göre empatik beceri puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p > 0,05$).

Geçmişte önemli bir tıbbi hastalık geçiren bir yakının olma durumlarına göre karşılaştırma: Geçmişte önemli bir tıbbi hastalık geçiren bir yakını olan hasta eşlerinin empatik beceri puanlarının diğer hasta eşlerine göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hasta eşlerinin geçmişte önemli bir tıbbi hastalık geçiren bir yakınlarının olma durumlarına göre empatik beceri puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p > 0,05$).

Çocuklukta ölen bir kardeşi/ebeveyni olma durumlarına göre karşılaştırma: Çocuklukta ölen bir kardeşi/ebeveyni olan hasta eşlerinin empatik beceri puanlarının diğer hasta eşlerine göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Test sonucu değerlendirildiğinde, hasta eşlerinin çocuklukta ölen bir kardeşi/ebeveyni olma durumlarına göre empatik beceri puanları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir ($p > 0,05$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

5.TARTIŞMA

Bu tez çalışması sonucunda, diyaliz hastalarının genel olarak anksiyete ve depresyon puanları düşük seviyede olup normal düzeyde, hayat kalitesi puanları orta düzeyde olarak bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon alt puanları kesim noktasına göre ayrıldığında, anksiyete alt boyutu için eşik üstünde kalan 5 hasta ve eşik altında kalan 25 hasta; depresyon alt boyutu için eşik üstünde kalan 5 hasta ve eşik altında kalan 25 hasta olduğu görülmektedir. Araştırmada bulunan sonuç, ortalama anksiyete düzeyinin %22,24, ortalama depresyon düzeyinin %29,52 olduğudur. Bu yüzdelerle göre depresyon puan sonuçları bazı araştırmalarla zıtlık (Ravaghi, Behzadifar, Behzadifar, Mirghaed, Aryankhesal, Salemi, Braggazi, 2017; Craven, Rodin, Johnson, Kennedy, 1989; Finkelstein, Finkelstein, 2000) göstermektedir. Yapılan araştırmalarda hemodiyaliz hastalarının genel topluma oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Ancak kullanılan ölçek tarzları, hastalık belirtilerini depresyonla karıştırma gibi durumlardan dolayı depresyon düzeyinin skoruyla ilgili tam bir bilgi bulunamamış olabilir (Cimilli, 1994). Bazı araştırmalara (Shafi, Shafi, 2017; Çetinkaya, Nur, Ayvaz, Özdemir, 2008) göre, yapılan bu çalışmadaki hastaların anksiyete düzeylerinin daha fazla olduğu görülmektedir. Fındıklı ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmaya göre depresyon puanları yüksek, anksiyete puanları düşük bulunmuştur.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğine bakıldığında literatürde, 51 puanın altında olan alt boyut puanları için düşük değer olarak kabul edilmektedir (Nazlıcan, Demirhindi, Akbaba, 2012). Bu çalışmada, fiziksel fonksiyon boyutu ortalaması 54,23 ve mental fonksiyon boyutu ortalaması 58 olarak bulunmuştur. Buna göre hayat kalitesi puanları orta düzeydedir denilebilir. Hastaların hayat kalitesinin alt boyutlarına bakıldığında, genel olarak puanların orta seviyede olduğu ve en düşük puan 39,17 puan ile fiziksel rol güçlüğü iken bunu sırasıyla 47,63 puan ile enerji, 48,88 puan ile emosyonel rol güçlüğü; en yüksek puan 77,67 ile ağrı ve 71,33 puan ile ruhsal sağlık izlemektedir. Hemodiyaliz hastalarının tedavi şekli olarak genellikle kollarından açılan bir vücuda giriş yeri vardır. Bu bölgeyi korumaları için ağır şeyler yapmaktan kaçınmaları gerekmektedir. Bu durum, hastaların fiziksel fonksiyonlarının neden düşük seviyede olduğunu

açıklayabilir. Bu araştırmanın sonuçlarına yakın araştırmalar (Seica, v.d., 2009; Nazlıcan, v.d., 2012; Kalantar-Zadeh, Kopple, Block, Humphreys, 2001) vardır. Yapılan bu araştırmaya kıyasla hayat kalitesinin daha düşük bulunduğu araştırmalar (Kim, Kim, Park, Choi, Seo, Park, Kim, Kim, 2013; Atasoy, Çolak, Akdeniz, Tanrısev, Özyurt, 2013; Özcan, Baştürk, Aslan, Utaş, 2000) mevcuttur. Hayat kalitesi puanları kültürel olarak farklılık göstermektedir. Mapes ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmaya göre etnik kökenleri farklı olan böbrek hastalarının hayat kalitesi düzeyleri birbirlerinden farklıdır. Bunun sebebi her kişinin kendi içinde yaşadığı topluma uygun olarak cevap vermesidir ve bu da sonuçların birbirinden farklı çıkmasının göstergesi olarak kabul edilebilir (Mapes, Bragg-Gresham, Bommer, Fukuhara, McKevitt, Wikström, Lopes, 2004).

Hasta eşlerinin empatik beceri puanları düşük, empatik eğilim puanları orta noktanın üzerinde yüksek düzeyde bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, Dizer ve İyigün'ün (2009), Karaoğlu ve arkadaşlarının (2012), Tutuk ve arkadaşlarının (2002), Gülbahçe ve Özkurt'un (2016) yapmış oldukları araştırmalarla bu sonuçlar benzerlik içindedir. Arifoğlu ve Rıza'nın (2011) yapmış oldukları araştırmada empatik eğilim ortalama puanını 75,91 olarak bulmuşlardır. Empatik eğilim düzeyi bu çalışmadan daha düşük çıkmış olan araştırmalar (Arpacı, Özmen, 2014; Eşfer, Saticı, 2013) bulunmaktadır. Bu çalışmada ise ortalama 72,67 bulunmuştur. Hasta eşlerinin empatik becerilerinin düşük olduğu görülmektedir. Bu konuyla ilgili yapılmış olan araştırmalarda (Alver, 2005; Gülbahçe ve Özkurt, 2016; Karaca, Açıkgöz, Akkuş, 2013; Çınar, Cevahir, Şahin, Sözeri, Kuğuoğlu, 2007) empatik beceri puanlarının, bu çalışmaya oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Hastanın Sosyo-demografik Verilerinin Ölçeklerle İlişkisinin Yorumlanması:

Çalışmada görülüyor ki, diyaliz hastalarının hayat kalitesi alt boyut puanlarında cinsiyete göre anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun sebeplerinden biri kadın ve erkek katılımcı sayılarının birbirine eşit olmayışı olabilir. SF-36 puanlarına bakıldığında, kadın hastaların fiziksel fonksiyon ve ruhsal sağlık maddelerinde erkek hastalara göre daha yüksek puana sahip olduğu; Lippe ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmayla zıtlık içinde olduğu (Lippe, Waldum, Hortemo Osthus, Reisaeter, Os,

2014); Acaray ve Pınar'ın (2004) yapmış olduğu araştırmayla kısmi olarak benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Çalışma gösteriyor ki diyaliz hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin cinsiyetle anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Kadın hastaların anksiyete puanları erkek hastalara göre daha yüksek; kadın hastaların depresyon puanları erkek hastalara göre daha düşük görülmektedir. Bu sonuçtan yola çıkarak, yapılmış olan bir başka araştırmaya göre depresyon düzeyleri benzer; anksiyete düzeyleri ise zıt bulunduğu söylenebilir. Depresyon düzeylerinin erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülmesi, aileye finansal olarak getiri sağlaması, onları koruması gibi toplumun getirmiş olduğu bazı sorumlulukları yapamamaya başlaması olarak açıklanabilir. (Khan, Ahmad, 2012)

Hayat kalitesi puanları ile hasta yaşı arasında fiziksel fonksiyon ve sosyal işlevsellik alanlarında anlamlı bir sonuç bulunmuştur. Yaş arttıkça hastaların genel popülasyonda olduğu gibi fiziksel fonksiyon içeren faaliyetlerde geriye düşmeye başlıyorlar ve buna diyaliz hastalığı da eklenince fiziksel fonksiyon alt boyutunun düşüşe uğradığı söylenebilir. Bununla birlikte çocuklarının evlenmesi ve eşle başbaşa kalma sonucunda sosyal işlevsellik alanlarında da gerileme görülmektedir. 62 yaş ve üstündekilerin hayat kalitesi düzeyleri 62 yaşın altındakilere oranla daha düşük olduğu görülmüştür. Yaş ilerledikçe her alanda düşüş olduğu görülmektedir. Seica ve arkadaşlarının (2009) yapmış oldukları araştırmayla kısmi olarak benzerlik görülmektedir. Bazı araştırmalarda (Mozes, Shabtai, Zucker, 1997) görülmüştür ki, yaş ile hayat kalitesi arasında negatif bir ilişki vardır. Pagels ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları araştırmada ise görülüyor ki, 61 yaş ve üzerindekiilerin sadece fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü alt boyut puanları genç olan hastalardan daha düşük bulunmuştur.

Anksiyete ve depresyon puanlarının hastaların yaşları ile istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. 62 yaş ve üzerindeki kişilerin 62 yaş altındaki kişilere göre daha anksiyeteli ve depresif oldukları saptanmıştır. Bahar ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışma bulunan sonucu destekler niteliktedir. Ovayolu ve arkadaşlarının (2007) yapmış oldukları araştırmaya göre 18-37 yaş arasında bulunan hastaların diğer yaş gruplarına göre depresyon düzeyleri daha az bulunmuştur.

Çalışmanın sonucuna göre, eğitim düzeyi ile hayat kalitesinin alt boyutları arasında istatistiksel olarak bir anlam bulunmamıştır ancak tahmin edilenin aksine eğitim düzeyi arttıkça hayat kalitesi düzeyi azalmaktadır. Çalışma, bazı araştırmalarla (Suet-Ching, 2001; Acaray, Pınar, 2004) zıtlık içindedir. Beklenen durum, eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte hayat kalitesinde artabileceğidir. Eğitim düzeyi yüksek hastaların kendi sağlıklarına yönelik sorumluluk alma ve hastalıklarının semptomlarını yönetebilme açısından daha üst düzeyde oldukları düşünülmektedir. (aktaran: Acaray, Pınar, 2004). Gelir düzeyi yüksek hastaların fiziksel fonksiyon boyutu puanları geliri düşük hastalara göre daha yüksektir. Bu sonuç Secia ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırma ile kısmi olarak benzerlik göstermektedir. Gelir düzeyi ile hayat kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunan, gelir düzeyi yüksek olanların olmayanlara göre hayat kalitesi puanlarının daha yüksek bulunduğu araştırmalar (Acaray, Pınar, 2004; Suet-Ching) mevcuttur.

Hastaların yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete puanları ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Çok az farkla gelir düzeyi düşük olan hastaların gelir düzeyi yüksek olan hastalara göre anksiyete puanları düşük, depresyon puanları yüksek bulunmuştur. Sosyo-ekonomik düzeyi daha düşük olan hastalar tedavi süreçlerinde zorlanmalar yaşıyabilirler ve bu durum depresyon düzeyinin daha yüksek olmasını açıklayabilir (Norris, Agodoa, 2005).

Diyaliz yaşı ile hayat kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında sadece ağrı alt boyutunun anlamlı çıktığı görülmüştür. Tander ve arkadaşlarının (2008) yapmış oldukları araştırmada, diyaliz yaşı ile fiziksel fonksiyon ve ağrı alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki çıktığı ve bu çalışmayla kısmi olarak benzerlik gösterdiği görülmektedir. Durmaz Akyol ve Karadakovan'ın (2002) yapmış olduğu araştırmada, bu araştırmadan farklı olarak tüm hayat kalitesi alt boyutları ile diyaliz yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. 5 yıldan daha uzun süre diyaliz tedavisi gören hastaların tüm alt boyut puanları 5 yıl ve altında tedavi gören hastalara göre daha düşük çıkmıştır. Yani başka bir deyişle diyaliz hastalığı süresi arttıkça hayat kalitesi oranları düşmektedir. Wolcott ve arkadaşları yapmış oldukları araştırmalarda hastalık yaşı ilerledikçe hayat kalitesi alt boyutlarında düşüşler olduğunu saptamışlardır. (Wolcott, Nissenson, Landsverk, 1988)

Diyaliz yaşı ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış ve 5 yıldan daha uzun süredir diyaliz tedavisi gören hastaların görmeyen kişilere göre daha anksiyeteli ve depresif oldukları saptanmıştır. Hastalığa alışılmışlık durumu göz önüne alınca hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının düşeceği öngörülebilirdi. 5 yıldan uzun süredir haftada en az 2-3 gün ara vermeksizin diyaliz merkezine gidip gelen hastalar tükenmişlik yaşayabilir ve yorgunluğu artabilmektedir. Bu durum, 5 yıldan daha az süredir hasta olan kişilere göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin neden daha yüksek olduğunu açıklayabilir.

Hastanın başka bir tıbbi hastalığa sahip olma, başka bir ilaç kullanma ile SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon alt boyutu hariç anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Hastanın psikiyatrik bir hastalığa sahip olan yakını olmasıyla hayat kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Durmaz Akyol ve Karadakovan'ın (2002) yapmış olduğu araştırmada olduğu gibi, bu araştırmanın sonucunda da başka bir hastalığa sahip olma ile hayat kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Hastanın başka bir tıbbi hastalığa sahip olma, başka bir ilaç kullanma, ailede psikiyatrik bir hastalığa sahip olan bir yakınının olması ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ailesinde psikiyatrik bir hastalığa sahip olan bir yakını olan hastalarda olmayanlara göre anksiyete ve depresyon puanları daha düşük bulunmuştur.

Hastaların hiçbirisine şu anda veya geçmişte bir psikiyatrik tanı konmamıştır. Bunun sebebi kişilerin ruh sağlığı alanında bir uzmana başvurmamış olması olabilir.

Hasta Eşinin Sosyodemografik Verilerinin Ölçeklerle İlişkisinin Yorumlanması:

Diyaliz hastalarının eşlerinin empatik beceri ve empatik eğilimlerinde cinsiyete ve yaşa göre anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Erkek hasta eşlerinin empatik beceri ve empatik eğilim düzeyleri kadın hastalara göre daha yüksek çıkmıştır. Bunun sebebi kadın hasta eşi sayısının 24, erkek hasta eşi sayısının 6 olması olabilir. Örneklemde genç nüfus bulunmamaktadır en genç hasta eşi 42, en yaşlısı 74 yaşındadır. Bu nedenle sağlıklı bir sonuca ulaşamamıştır. İkinci ve arkadaşları ile Aydın'ın yapmış oldukları araştırmada yaşın empatik beceri düzeyi üzerine önemli bir etkisi olmadığını

belirtmişlerdir (Aktaran: Yurttaş, Yetkin, 2003). Yurttaş ve Yetkin'in (2003) aktarmasına göre yaş ilerledikçe empatik beceri düzeyi de yükselmektedir.

Çalışmaya göre empatik beceri ortalama puanı ile hasta eşlerinin eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu; empatik eğilim ortalama puanı ile ise anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin empatik beceri düzeyi, eğitim düzeyi düşük olan kişilere göre daha yüksek çıkmıştır. Empatik eğilim düzeyi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunan araştırmalar (Kılınç, Uludağ, 2017; Atli, Kutlu, 2012) mevcuttur. Eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin ilişkilerinde sorun çözmekte daha başarılı olabilecekleri ve daha iyi iletişim kurabilecekleri düşünülmektedir (Atli, Kutlu, 2012).

Gelir düzeyleri ile empatik beceri ve empatik eğilim puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Empatik eğilim ölçeğinin puanları gösteryor ki, aylık 1500 TL geliri olan kişilerin, 1500-5000 TL arasında geliri olan kişilere göre daha yüksektir. Ancak bu durum empatik beceri ölçeğinin sonuçlarında tam tersi olduğu gözükmektedir. Gelir düzeyi yüksek olan kişilerin imkanlarının daha çok olduğu ve bundan dolayı başka insanlarla daha çok iletişim halinde olduğu söylenebilir. bununla birlikte iletişim becerilerini geliştirebilecekleri düşünülmektedir (Gülbahçe, Özkurt, 2016). Bu düşünce empatik beceri ile paralellik gösterebilmektedir.

Çocuk sayısı ile empatik beceri puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ancak empatik eğilim puanları ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Atli ve Kutlu'nun (2012) yapmış olduğu araştırmayla empatik eğilim bulgusu benzerlik göstermektedir.

Çocukluğunda önemli bir tıbbi hastalık geçiren kişilerin empatik eğilim düzeyleri, çocukluğunda önemli bir hastalık geçirmemiş kişilere oranla daha düşük; empatik beceri düzeyleri daha yüksektir. Ancak bu bulgularda anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Kendilerinin de önceden bu durumda olduğunu düşünüp belki bu yüzden hastaya karşı daha empatik olabilecekleri düşünülmüştür. Ancak önemli bir farklılık bulunmamıştır.

Çocukken bir ebeveynini veya kardeşini kaybetmiş olan hasta eşlerinin empatik eğilim ve empatik beceri düzeyleri, çocukluğunda bir ebeveynini veya kardeşini

kaybetmemiş olan hasta eşlerine göre daha düşüktür. Fakat bu bulgular arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çocukken başka birisinin bu durumda olduğunu gören bir bireyin karşı tarafa daha empatik davranması düşünülebilirdi ancak çalışmada böyle bir bulgu bulunamamıştır.

Ölçekler Arasındaki İlişkinin Yorumlanması:

Empatik eğilim ile SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından enerji alanı arasında anlamlı ilişki; genel sağlık ile zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Fiziksel rol güçlüğü ile empatik beceri arasında zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği sonuçları ile empatik beceri ve empatik eğilim düzeyleri arasında her hangi anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Kanser hastalarıyla yapılmış olan araştırmalarda hemşirelerin, doktorların ve hasta yakınlarının empatik davranışlarının hastanın hayat kalitesini ve memnuniyetini arttırdığı bulunmuştur (Fukui v.d., 2011; Razavi, v.d., 2002; Uitterhoeve, 2009; İshikawa, v.d., 2002; Zachariae, 2003). Aynı şekilde diyaliz hastalarının da hayat kalitesini yükseltmeleri için aileleriyle olan bağlarının önemli olduğunu söyleyen çalışmalar (Joshi, 2014) mevcuttur. Diyaliz hastaları için bazen aile desteği görmek yararlı olmamaktadır (Bohlke, Nunes, Marini, Kitamura, Andrade, Ost Von-Gysel, 2008) Çin'de yapılmış olan bir araştırmaya göre, hemodiyaliz hastası ve eşlerinin aile dışından gelen sosyal desteğe sağlıklı olan kişilere göre negatif şekilde yaklaştığı görülmüştür (Jiang, Wang, Zhang, Liu, Ding, Lei, Lu, Pan, 2014). Diyaliz hastalarının durumu kanser hastalarının durumundan farklıdır. Diyaliz hastaları tamamen iyileşebilmek için böbrek transplantasyonunu beklemek zorundadırlar bu dönemde hastaların hastalıkla başa çıkabilme gücünü arttırmak için hayat kalitesinin düzeltilmesi sağlanabilir (Bohlke, v.d., 2008).

Empati Beceri ölçeğinin uygulanması sırasında görülmüştür ki, hasta eşleri empatik cevapların tam tersi olarak karşı tarafa yardımcı olamayacağını düşünmektedirler. Empatik cevaplar genellikle kişilerin duygularına yönelik verilen cevaplardır. Örneğin; “bu seni öfkendirmiş, kendini aldatılmış hissediyorsun, bu seni huzursuz ediyor” gibi karşı tarafın duygularını anladığını ifade eden cümleler için anket yapılmış kişilerin cevabı şu şekilde oluyor: “Bu karşımdaki kişiyi daha çok üzer”,

"Bunun ona bi faydası yok.", "Ben daha çok ona yardımcı olmak için çözüm bulurum". Bu durum kişilerin empatik beceri ölçeğinden neden daha az puan aldıklarını açıklayabilir.

Araştırmalar göstermiştir ki, kişiler empati ile ilgili eğitim aldıklarında bu yönleri gelişmektedir (Karaca, Akkuş, Açıköz, 2003; Alver, 2005; İkiz, 2006).

Sonuç olarak diyaliz hastasının hayat kalitesi, anksiyete ve depresyonu ile hastanın eşinin empatik beceri ve empatik eğilim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Diyaliz hastalarının yaşam kalitesi düzeyinin düşük olması beklenirken orta düzeyde; aynı şekilde hastaların psikiyatrik yakınmaları da yüksek olması beklenirken düşük seviyede bulunmuştur.

Sınırlılıklar:

Örneklemin sadece tek bir ille sınırlı kalması, örneklem sayısının 30 kişi ile sınırlı kalması ve kadın ve erkek sayılarının birbirlerine eşit olmaması araştırmaya sonucunun kısırlaşmasına sebep olmuştur. Hastaların anksiyete, depresyon ve hayat kalitesinin ilerleyişini daha iyi anlayabilmek adına diyalize başladıkları zaman bu ölçeklerin hastalara uygulanması çok daha iyi sonuç verecektir.

Öneriler:

Hayat kalitesi, anksiyete, depresyon, empatik eğilim ve empatik beceri ölçeklerinin yaşa ne denli etki ettiğini anlayabilmek adına değişik yaş grupları arasında bu ölçeklerin uygulanması literatüre katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmada empatik beceri ve empatik eğilim ölçekleri sadece diyaliz hastalarına uygulanmıştır. Bu uygulama bakım veren diğer kişilere (çocuk, anne, baba, bakımı sağlayan bir çalışan) uygulanabilir.

Empati eğilimi ve empati becerisini geliştirebilmek adına hasta yakınlarının, hemşirelerin ve doktorların eğitim almaları önerilmektedir.

Hastaların hayat kalitesini yükseltmek ve anksiyete ve depresyon semptomlarıyla daha iyi başa çıkmak amacıyla ruh sağlığı alanında çalışan bir uzmanla iletişime geçmeleri önerilmektedir.

Hastalar fiziksel işlevselliklerini arttırmak için egzersiz yapabilirler.

Bu çalışma iki ayrı kurumdan katılımcılarla sürdürülmüştür. Bundan sonraki çalışmalarda kurumlar arasındaki farklılığı belirleyebilmek için karşılaştırma yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Acaray, A., Pınar, R., 2004, Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 8(1).
- Akpolat, T., Dilek, M., Adıbelli, Z., 2008, Renal transplantasyon ve hasta seçimi, Akpolat, T., Utaş, C., (Ed.), Hemodiyaliz El Kitabı 1 (3. Baskı) içinde (s.81). Samsun: Türk Nefroloji Derneği Yayınları, ISBN 978-9944-5720-2-6.
- Akpolat, T., Utaş, C., 2008, Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler. Akpolat, T., Utaş, C., (Ed.), *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 1* (3. Baskı) içinde (s.22-28)). Samsun: Türk Nefroloji Derneği Yayınları, ISBN 978-9944-5720-2-6.
- Akpolat, T., ve Utaş, C., 2008, Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler. Akpolat, T., Utaş, C., (Ed.), *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 1* (3. Baskı) içinde (s.1-21). Samsun: Türk Nefroloji Derneği Yayınları. ISBN 978-9944-5720-2-6
- Akpolat, T., ve Yalçın, A.U., 2008, Kronik Böbrek Yetmezliği. Akpolat, T., Utaş, C., (Ed.), *Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı* (3. Baskı) içinde (s.9-16). Samsun: Türk Nefroloji Derneği Yayınları.
- Aksoy, A., ve Oğur, S., 2015, "Bitlis ilinde rutin olarak diyaliz ünitesine bağlanan diyaliz hastalarının sıkıntı durumlarının belirlenmesi" Bitlis: BEÜ Fen Bilimleri Dergisi, 4(2) 112-121.
- Alver, B., 2005, Psikolojik danışma ve rehberlik eğitimi alan öğrencilerin empatik beceri ve karar verme stratejilerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi, Muğla Üniversitesi SBE Dergisi 14.
- Anderson, K., Cunningham, J., Devitt, J., Preece, C., and Cass, A., 2012, "Looking back to my family": Indigenous Australian patients' experience of hemodialysis, BMC Nephrology 13:114.
- Arifoğlu, B., Razi, G.S., 2011, Birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin empati ve iletişim becerileriyle iletişim yönetimi dersi akademik başarı puanı arasındaki ilişki, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 4(1): 7-11.
- Arpacı, P., Özmen, D., 2014, Hemşirelik öğrencilerinin özgecilik ve empatik eğilim düzeyleri ve aralarındaki ilişki, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 11(3): 51-57.

Arslan, Ş., Gökçe Kutsal, Y., 1999, Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi, Turkish Journal of Geriatrics, 2(4):173-178.

Arslan, Y., 2008, Hemodiyalize giren son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda beslenme ile ilişkili kardiyovasküler risk faktörlerinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi.

Atasoy, İ., Çolak, H., Akdeniz, Y., Tanrısev, M., Özyurt, B., 2013, Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi, Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi 23(3): 133-141.

Atli, A., Kutlu, M., 2012, Çocuk yuvaları ve yurtlarında çalışan personelin empatik eğilim düzeylerinin düzenlenmesi Toplum ve Sosyal Hizmet 23(1): 41-56.

Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L., Kültür, Ş., 1997, Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi, 8(4): 280-287.

Bahar, A., Savaş, A.H., Yıldızgördü, E., Barhoğlu, H., 2007, Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam, Anadolu Psikiyatri Dergisi 8: 287-292.

Barnett, M.A., King, L.M, Howard, J.A., Dino, G.A., 1979, Empathy in young children: Relationship to parents' empathy, affection and emphasis on the feelings of others, Manhattan: Kansas State University.

Bohlke, M., Nunes, D.L., S.S., Marini, C., Kitamura, M., Andrade, M., Ost Von-Gysel, 2008, Predictors of quality of life among patients on dialysis in southern Brazil, Brazil: Sao Paulo Medicine Journal 126(5): 252-256.

Bozkurt, N., 2003, Kaliteli yaşamın felsefesi, İstanbul Ticaret Üniversitesi Dergisi 3:15-24 Erişim Adresi: <http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423905118.pdf> Erişim Tarihi: Aralık, 2017

Bulantekin, Ö., 2008, Prediyaliz hasta grubunda anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi.

Calman, K.C., 1984, Quality of life in cancer patients - an hypothesis, Journal of Medical Ethics, 10:125 doi: 10.1136/jme.10.3.124.

- Caruso, D.R., Mayer, J.D., 1998, A measure of emotional for adolescents and adults, *Unpublished Manuscript*.
- Cimilli, C., 1994, "Hemodiyaliz psikiyatrik yönleri" İzmir: Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 3(3):88-92.
- Collins, A.J., Foley, R.N., and Gilbertson, D.T., Chen, S.C., 2015, U. S. Renal Data System public health surveillance of chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Kidney International Supplements* 5(1): 2-7. doi: 10.1038/kisup.2015.2
- Covic, A., Secia, A., Gusbeth-Tatomir, P., Gavrilovici, O., and Goldsmith, D.J.A., 2004, Illness representations and quality of life scores in haemodialysis patient, *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19:2078-2083 DOI: 10.1093/ndt/gfh254.
- Craven, J.L., Rodin, G.M., Johnson, L., Kennedy, S.H., 1989, the diagnoses of major depression in renal dialysis patients, *Psychosomatic Medicine* 49(5): 482-492.
- Çetinkaya, S., Nur, N., Ayvaz, A., Özdemir, D., 2008, Bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları, *Nöropsikiyatri Dergisi* 45: 78-84.
- Çınar, N., Cevahir, R., Şahin, S., Sözeri, C., Kuğuoğlu, S., 2007, Evaluation of the empathic skills of nursing students with respect to the classes they are attending, *Revista Eletrônica de Enfermagem* 9(3): 588-595.
- Dadalı, Z., 2009, Hemodiyaliz ve prediyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Decety, J., Fotopoulou, A., 2015, Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories, *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 8:457. doi: 10.3389/fnbeh.2014.00457
- Değirmenci Saltürk, A.G., 2006, Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin diyaliz yeterliliği ile ilişkisi, Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Dizer, B., İyigün, E., 2009, Yoğun bakım hemşirelerinde empatik eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12(1): 9-19.

- Dökmen, Ü., 1988, Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi, Ankara Üniversitesi Eğitim bilimleri Fakültesi Dergisi 2(1-2):155-190.
- Dökmen, Ü., 2006, İletişim çatışmaları ve empati, (35. Baskı) İstanbul, Sistem Yayıncılık, ISBN: 975-7397-20-2
- Durmaz Akyol, Karadakovan, 2002, Hemodiyaliz giren hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi, Ege Tıp Dergisi 41(2): 97-102.
- Erişim adresi: http://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_17_61_112_117.pdf Erişim Tarihi: Kasım, 2017.
- Eşfer, S., Satıcı, A.F., 2013, Bireysel ve grupla çalışmanın başarı üzerine etkileri ve empatik eğilimin rolü, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 44: 170-180.
- Fındıklı, E., Camkurt, M.A., İzci, F., Çoşkun Yavuz, Y., Fındıklı, H.A., Altun, H., Doğan, E., 2016, A case-control study on the affective temperament profiles, anxiety and depression levels of patients with chronic renal failure, Journal of Mood Disorders 6(3): 133-139. DOI:10.5455/jmood.20160321034554
- Finkelstein, F.O., Finkelstein S.H., 2000, Depression in chronic dialysis patients. Assessment and treatment, Nephrol Dial Transplant 15: 1911-1913.
- Foley, R.N., Parfrey, P.S., and Sarnak, M.J., 1998 Clinical epidemiology of cardiovascular disease in chronic renal failure. Am J Kidney Dis 32(Suppl 3): 112-19.
- Fukui, S., Ogawa, K., Yamagishi, A., 2011, Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study, Psycho-Oncology 20: 1285-1291. DOI: 10.1002/pon.1840
- Gleichgerrcht, E., Decety, J., 2013, Empathy in clinical practice: How individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians, PloS ONE 8(4): e61526. doi:10.1371/journal.pone.0061526
- Gülbahçe, A., Özkurt, S., 2016, Rehberlik ve psikolojik danışmanlık programını tercih edecek olan öğrencilerin empatik eğilim ve empatik becerilerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi, Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi 7(1):1-15

Günelay, S., 2017, Diyaliz merkezine başvuran hastalarda malnütrisyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki, Uzmanlık Tezi, İzmir, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi .

Halpern, J., 2003, What is clinical empathy?, Berkeley: Journal of General Internal Medicine 18: 670-674. doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x

Hojat, M., 2007, Empathy in patient care: antecedents, development, measurement and outcomes, Springer Science: New York e-ISBN-13: 978-0-387-33608-4.

Hojat, M., Louis, D.Z., Maxwell, K., Markham, F., Wender, R., Gonnella, J.S., 2010, Patient perception of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance, International Journal of Medical Education 1:83-87. DOI: 10.5116/ijme.4d00.b701

Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T.J., Gonnella, J.S., 2005, Empathy score of medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later, The Journal of Social Psychology 145(6): 663-672.

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5a4021c705a803.13501658 Ulaşım Tarihi: Aralık,2017.

<http://www.uzmantv.com/diyaliz-makinesine-kac-gunde-bir-girilir> Erişim Tarihi: Kasım, 2017.

Ishikawa, H., Takayama, T., Yamazaki, Y., Seki, Y., Katsumata, N., 2002, Physician-patient communication and patient satisfaction in Japanese cancer consultations, Social Science and Medicine 55: 301-311. P I I : S 0 2 7 7 - 9 5 3 6 (0 1) 0 0 1 7 3 - 3

İkiz, F.E., 2006, Danışma becerileri eğitiminin danışmanların empatik eğilim, empatik beceri ve tükenmişlik düzeyleri üzerinden etkisi, Yüksek Lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü

Jiang, H., Wang, L., Zhang, Q., Liu, D., Ding, J., Lei, Z., Lu, Q., Pan, F., 2014, Family functioning, marital satisfaction, and social support in hemodialysis patients and their spouses, Stress Health 31: 166-174. DOI: 10.1002/smi.2541

John, E., Ware, J., The Status and Health Assessment 1994, (1995), Annual Review Public Health, 16:328 176.88.49.67.

Jolliffe, D., Farrington, D.P., 2004, Emphaty and offending: A systematic review and meta-analysis,

Aggression and Violent Behavior 9:441-476. doi:10.1016/j.avb.2003.03.001

Joshi, V.D., 2014, Quality of life in end stage renal disease patients, World Journal of Nephrology 3(4): 308-316.

Kalantar-Zadeh, K., Kopple, J.D., Block, G., Humphreys, H., 2001, Association among SF-36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis, San Francisco: Journal of the American Society of Nephrology 12: 2797-2806.

Karaca, A., Açıkgöz, F., Akkuş, D., 2013, Eğti ile empatik beceri ve empatik eğilim geliştirilebilir mi?: Bir sağlık yüksekokulu örneği, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 4(3): 118-122.

Karaoğlu, N., Batı, A.H., Şenol, Y., Naçar, M., Özer, A., Altıntaş, L., 2012, Türkiye'de tıp eğitim tıp öğrencilerinde yalnızlık, anksiyete, depresyon düzeylerini ve empatik eğilimlerini etkiliyor mu?, Tıp Eğitim Dünyası Dergisi, 34: 13-18.

Kardos, P., Leidner, B., Pléh, C., Soltész, P., Ünoka, Z., 2017, Empathic people have more friends: empathic abilities predict social network size and position in social network predicts empathic efforts, Social Networks 50: 1-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socnet.2017.01.004>

Kaymak, D.A., 2012, Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi ve beslenme durumlarının değerlendirilmesi, Edirne: Trakya Üniversitesi.

Keçecioglu, N., Özcan, E., Yılmaz, H., Sezer, M.T., Eryılmaz, M., Ersoy, F.F., Süleymanlar, G., ve Yakupoğlu, G., 1995, Hemodiyaliz ve kronik ambulator periton diyalizi tedavisi gören hastalar ve bu hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması, Antalya: Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 3:172-176.

Khan, M.A., Ahmad, M., 2012, Anxiety, depression and cognitive changes in patients on hemodialysis, A Journal of Army Medical and Dental Corps 62(2).

Kılınç, M., Uludağ, A., 2017, Sağlık çalışanlarının empatik eğili düzeylerinin saldırgan davranış düzeyleri ile ilişkisi, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 16(3): 809-825. DOI:10.21547/jss.307207

Kılınç, M., Uludağ, A., 2017, The Relationship Between Aggressive Behavior And Empathic Tendency Levels Of Health Workers. Gaziantep University Journal of Social Sciences, 16 (3):809-

825. DOI: 10.21547/jss.307207

Kıran, F., 2016, Hemodiyaliz hastalarının hayat kalitesine etkilerinin ölçülmesi, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ: Namık Kemal Üniversitesi.

Kim, J.Y., Kim, B., Park, K.S., Choi, J.Y., Seo, J.J., Park, S.H., Kim, C.D., Kim, Y.L., 2013, Health-related quality of life with KDQOL-36 and its association with self-efficacy and treatment satisfaction in Korean dialysis patients, *Quality of Life Research* 22(4): 753-758. doi:10.1007/s11136-012-0203-x

Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., Memiş, A., 1999, Kısa form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği: romatizmal hastlığı olan bir grup hasta ile çalışma, *İlaç ve Tedavi Dergisi* 12(2): 102-106.

Krespi, M.R., Bone, M., Ahmad, R., Worthington, B., ve Salmon, P., 2008, "Hemodiyaliz hastalarının yaşamlarının değerlendirilmesi" *Türk Psikiyatri Dergisi* 19(4):365-372.

Kronik Böbrek Hastalığının 10 İşareti <http://www.tbv.com.tr/tr/content/main/page/p/543-kronik-bobrek-hastaliginin-10-isareti>, Erişim tarihi: Kasım,2017.

Kronik Böbrek Hastalığının Erken Teşhisi ve Korunma Yöntemleri <http://www.tbv.com.tr/tr/content/main/page/p/164-kronik-bobrek-hastaliginin-erken-teshisi-ve-korunma-yontemleri> Erişim tarihi: Kasım,2017.

Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri, <https://www.bobrek.gen.tr/kronik-bobrek-yetmezligi-evreleri.html> Erişim tarihi: Kasım,2017.

Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi Seçenekleri, <http://www.tbv.com.tr/tr/content/main/page/p/314-son-donem-kronik-bobrek-yetmezliginde-tedavi-secenekleri> Erişim Tarihi: Kasım,2017.

Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S., Sultan, S., 2012, A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care, *Pscho-Oncology*21: 1255-1264. DOI: 10.1002/pon.2115

Lippe, N., Waldum, B., Hortemo Osthus, T.B., Reisaeter, A.V., Os, I., 2014) Health related quality of in patients in dialysis after renal graft loss and effect of gender, *BMC Women's Health* 14:34.

- Malindretos, P., 2012, Health related quality of life in chronic kidney disease patients, Greece: Palliative Care Medicine. <http://dx.doi.org/10.4172/2165-7386.S1-007>
- Mapes, D.L., Bragg-Gresham, J.L., Bommer, J., Fukuhara, S., McKeivitt, P., Wikström, B., Lopes, A. A., 2004, Health-related quality of life in the dialysis outcomes and practice patterns study, *American Journal of Kidney Diseases* 44(5): 54-60. doi:10.1053/j.ajkd.2004.08.012
- Meclis Babayiğit, D., 2009, Diyaliz hastalarının yakınlarda bakım verme yükü ile bunun hastalarındaki anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkisi, Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Mercer, S.W., Reynolds, W.J., 2002, Empathy and quality of care, *British Journal of General Practice* 52:9-13.
- Meriç, M., Oflaz, F., 2013, Hemodiyaliz hastası olan bir eşle yaşamak: Eşlerin yaşamlarındaki gelgitler, İstanbul: *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 4(1):21-26.
- Meriç, M., ve Oflaz, F., 2013, “Hemodiyaliz hastası olan bir eşle yaşamak: Eşlerin yaşamlarındaki gelgitler”, İstanbul *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 4(1),21-26. doi:10.5505/phd.2013.96268
- Micheal, M., Tannock I.F., 1998, Measuring health-related quality of life in clinical trials that evaluate the role of chemotherapy in cancer treatment, *Canadian Medical Association* 158:1727-34.
- Montag, C., Gallinat, J., Heinz, A., 2008, Theodor Lipps and the conceot of empathy: 1851-1914, *Am J Pschiatry* 165:10. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081283
- Morse, J.M., Mitcham, C., van der Steen, W.J., 1998, Compathy or physical empathy: implications for the caregiver relation, *Journal of Medical Humanities* 19(1):51-65.
- Morton, R.L., Tong, A., Webster, A.C., Snelling, P., and Howard, K., 2011, Characteristics of dialysis important to patient and family caregivers: a mixed methods approach, *Nephrology Dialysis Transplantation* 26(12)4038-4046. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfr177>
- Mozes, B., Shabtai, E., Zucker, S., 1997, Differences in quality of life among patients receiving dialysis replacement therapy at seven medical centers, *Journal of Clinical Epidemiology* 50(9): 1035-1043. PII SO895-4356(97)00127-3

- Nazlıcan, E., Demirhindi, H., Akbaba, M., 2012, Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler, TAF Preventive Medicine Bulletin 11(4): 383-388. DOI:10.5455/pmb.1322733079
- Norris, K.C., Agodoa, L.Y., 2005, Unraveling the racial disparities associated with kidney disease, Kidney International 68: 914-924.
- Ovayolu, N., Pehlivan, S., Uçan, Ö., Çuhadar, D., 2007, Hemodiyaliz hastalarının yalnızlık ve depresyon arasındaki ilişki, Anadolu Psikiyatri Dergisi 8(4): 293-296.
- Öksüz, E., Malhan, S., 2005, Sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalitemetri, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Özcan, Y., Baştürk, M., Aslan, S.S., Utaş, C., 2000, Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 7(4): 333-337.
- Özçetin, A., Bicik Bahçebaşı, Z., Bahçebaşı, T., Cinemre, H., Ataoğlu, A., 2009, Diyaliz uygulanan hastalarda yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirti dağılımı, Anadolu Psikiyatri Dergisi 10: 142-150.
- Özçürütmez, G., Tanrıverdi, N., ve Zileli, L., 2003, "Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri" Ankara: Türk Psikiyatri Dergisi 14(1):72-80.
- Öztürk, D., 2009, Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastaların yumurta ve yumurta akı tüketimlerinin bazı biyokimyasal ve hematolojik bulgular üzerine etkilerinin karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi.
- Özyalvaçlı, M.E., Metin, A., Kronik böbrek yetmezlikli erkek hastalarda cinsel sağlık, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Pagels, A.A., Söderkvist, C.B.K., Medin, C., Hylander, B., Heiwe, S., 2012, Health-related quality of life different stages of chronic kidney disease and at initiation of dialysis treatment, Health and Quality of Life Outcomes 10:71.
- Perim, A., 2007, Trakya üniversitesi eğitim, araştırma ve uygulama hastanesinde çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısının belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi.

- Ravaghi, H., Behzadifar, M., Behzadifar, M., Mirghaed, M.T., Aryankhesal, A., Salemi, M., Braggazi, N.L., 2017, Prevalence of depression in hemodialysis patient in Iran, *Iranian Journal of Kidney Diseases* 11(2): 90-98.
- Razavi, Delvaux, Marchal, Durieux, Farvacques, Dubus, Hogenraad, 2002, Does trainin increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients, *British Journal of Canser* 87: 1-7. doi:10.1038/sj.bjc.6600412
- Rehber, E., 2007, İlköğretim kıkinci kademe öğrencilerinin empatik eğilim düzeylerine göre çatışma çözme davranışlarının incelenmesi, (Yüksek Lisans Tezi) Adana, Çukurova Üniversitesi.
- Robieux, L., Karsenti, L., Pocard, M., Flahault, C., 2018, Let's talk about empathy, *Patient Education and Counseling* 101: 59-66. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.024>
- San, A., 2008, Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler. Akpolat, T., Utaş, C., (Ed.), *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 1* (3. Baskı) içinde (s.34). Samsun: Türk Nefroloji Derneği Yayınları.
- Scuhuessler, K.F., Fisher, G.A., 1985, Quality of life research and sociology, *Annual Review of Sociology* 11:129.
- Secia, A., Segall, L., Verzan, C., Vauva. N., et al. 2009, Factors affecting the quality of life of hemodialysis patients from Romania: A multicentric study, *Nephrology Dialysis Transplantation* 24: 626-629. doi:10.1093/ndt/gfn506
- Seyahi, N., 2013, Türk Nefroloji Derneği 2013 Yılı Türk Böbrek Kayıt Sistemi Raporu.
- Shafi, S.T., Shafi, T., 2017, A comparison of anxiety and depression between pre-dialysis chronic kidney disease patients and hemodialysis patients usign hospital anxiety and depression scale, *Pakistan Journal Medicine Science* 33(4).
- Shantz, C.U., 1974, Empathy is relation to social cognitive development, New Orleans: American Psychological Association Convention.
- Stephan, W.G., Finlay, K., 1999, The role empathy of improving intergroup relations, *Journal of Social Issues* 55(4):729-743. ISSN:0022-4537
- Suet-Ching, W.L., 2001, The quality of life for Hong Kong dialysis patients, *Journal of Advanced Nursing* 35(2): 218-227. DOI: 10.1046/j.1365.2001.01839.x

Süleymanlar, G., Ateş, K., Seyahi, N., (Ed.) 2017, Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları ISBN 978-605-62465-0-0

Süleymanlar, G., Utaş, C., Arınsoy T, et al. 2011, "A population based survey of chronic renal disease in Turkey - The CREDIT study." *Nephrol Dial Transplant* 26: 1862-71.

Şimşek, D., 2006, Şizorfeni hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, (Uzmanlık tezi) Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi.

Tander, B., Durmuş D., Akyol, Y., Cantürk, F., 2008, Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi, ağrı ve depresyon, *Samsun: Rheumatism* 23: 72-76.

Testa, M.A., Nackley, J.F., 1994, Methods for quality of life studies, *Annual Reviews Public Health* 15:535-59. 176.88.49.67

Thirioux, B., Brilaut, F., Jaafari, N., 2016, Empathy is a protective factor of burnout in physicians: new neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship, *Frontiers of Psychology* 7: 763. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00763

Tokgöz, B., 2009, Yavaş-sürekli hemodiyaliz yöntemleri. Akpolat, T., Utaş, C.,(Ed.), Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 2 (3.Baskı) içinde (s.57). Samsun: Türk Nefroloji Derneği Yayınları, ISBN 978-9944-5720-3-3.

Tutuk, A., Al, D., Doğan, S., 2002, Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerileri ve empati düzeylerinin belirlenmesi, *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 6(2).

Türk Dil Kurumu,
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=N%C4%B0TEL%C4%B0K , Erişim Tarihi: Aralık, 2017.

Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2014, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı 946. ISBN : 978-975-590-505-1

Uitterhoeve, R., Besign, E., Dilven, J., Donders, R., deMulder, P., Achterberg, T., 2009, Nurse-patient communication in cancer care: does responding to patient's cues predict patient satisfaction with communication, *Psycho-Oncology* 18: 1060-1068. DOI: 10.1002/pon.1434

Utaş, C., "Renal replenman tedavilerinde periton diyalizi" Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sunum, Erişim adresi: <http://www.tsn.org.tr/folders/file/cengiz%20utas.pdf> , Erişim tarihi: Kasım, 2017.

Ünal, C., 1972, İnsanları anlayabilme kabiliyeti, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 5(3): 71-93. DOI: 10.1501/Egifak_0000000383

Verhofstadt, L., Devoldr, I., Buysse, A., Stevens, M., Hinnekens, C., Ickes W., Davis, M., 2016, The role of cognitive and affective empathyin spouses' support interactions: an observational study, Plos One 11(2): e0149944. doi:10.1371/journal.pone.0149944

Ware, J.E., Sherbourne, C.D., 19912, The MOS 36-item short-form health survey (SF-36), Medical Care 30(6): 473-483.

Wolcott, D.L., Nissenson, A.R., Landsverk, J., 1988, Quality of life in chroniz dialysis patients. Factors unrelated to dialysis modality. General Hospital Psychiatry10(4): 267-277. PIMD:3417217

World Health Organization Quality Of Life Instruments, 1997, Measuring quality of life, World Health Organizaton, Erişim Adresi: <http://www.who.int/iris/handle/10665/63482> Erişim Tarihi: Aralık, 2017.

Yurttaş, A., Yetkin, A., 2003, Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin empatik becerileri ile problem çözmeye becerilerinin karşılaştırılması, Atatük Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 6(1).

Zachariae, R., Pedersen, C.G., Jensen, A.B., Ehrnrooth, E., Roosen, P.B., von der Maase, H., 2003, Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease, British Journal of Cancer 88: 658-665. doi:10.1038/sj.bjc.6600798

Zigmond, A.S., Snaith, R.P., 1983, The hospital anxiety and depression scale, Acta Psychiatrica Scandinavica 67: 361-370.

EKLER

Ek 1. Hasta İçin Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

Yaşınız:

Eğitim Durumunuz:

Okur yazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

Yüksek Lisans Doktora

Medeni Durumunuz:

Bekar Evli

Çocuğunuz var mı?

Evet Hayır

Varsa kaç tane? _____

Çalışıyor musunuz?

Evet Hayır

Gelir düzeyiniz:

- 1500 tl/ay 1500-3000 tl/ay 3000-5000 tl/ay 5000-10 bin tl/ay
 10 bin ve üstü/ay

Diyaliz yaşınız nedir?

Başka bir tıbbi hastalığınız var mı?

- Evet Hayır

Varsa nedir? _____

Başka bir ilaç kullanıyor musunuz?

- Evet Hayır

Kullanıyorsanız nedir? _____

Psikiyatrik hastalık tanınız var mı?

- Evet Hayır

Varsa nedir? _____

Geçmişte psikiyatrik bir hastalık geçirdiniz mi?

- Evet Hayır

Geçirdiyse nedir? _____

Ailenizde psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?

- Evet Hayır

Varsa nedir? _____

Ek 2. Hasta Eşi İçin Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

Yaşınız:

Eğitim Durumunuz:

Okur yazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite
 Yüksek Lisans Doktora

Medeni Durumunuz:

Bekar Evli

Çocuğunuz var mı?

Evet Hayır

Varsa kaç tane? _____

Çalışıyor musunuz?

Evet Hayır

Gelir düzeyiniz:

1500 tl/ay 1500-3000 tl/ay 3000-5000 tl/ay 5000-10 bin tl/ay

10 bin ve üstü/ay

Geçmişte önemli bir tıbbi hastalık geçiren bir yakınınız oldu mu?

Evet Hayır

Olduysa kimdir ve hastalık nedir?_____

Çocukluğunuzda önemli (hayatınızı tehdit eden) bir hastalık geçirdiniz mi?

Evet Hayır

Geçirdiyse nedir?_____

Çocuklukta ölen bir kardeşiniz/ebeveyniniz var mı?

Evet Hayır

Varsa kimdir?_____

Ek 3. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)

YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır.

Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
İstediğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İstediğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Hiç 1
Çok az 2
Orta 3
Çok 4
İleri derecede 5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelere (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Her zaman 1
Çoğu zaman 2
Bazı zamanlarda 3
Çok az zaman 4
Hiçbir zaman 5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Ek 4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil!
- Çok seyrek

Ek 5. Empatik Beceri Ölçeği

Empatik Beceri Ölçeği B-Formu

Aşağıda altı durum ve her duruma ilişkin on iki tepki verilmiştir. Bu durumları ve bunlara ait tepkilerin her birini okuduktan sonra, her durum için, verilen on iki tepkiden sorun sahibine söylemeyi tercih edeceğiniz dört tepkiyi seçiniz ve işaretleyiniz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

I. Kişi (ev hanımı)

Yemek, çamaşır, temizlik, dikiş, alış-veriş, çocuklar... Bütün gün tek başıma koşturuyorum, yine de yetişemiyorum. Kendime ayıracak beş dakikam yok. Kendimi mutfakla banyo arasında hapsolmuş hissediyorum.

1. Ev işlerine yardım edecek bir yardımcı kadın tutmayı hiç düşündün mü?
2. Bütün bu işler günde kaç saatini alıyor?
3. Eşin hiç yardım ediyor mu?
4. Anladığım kadarıyla ev işleri sana çok ağır geliyor.
5. Ev işlerini yapan, dünyada bir tek sen değilsin, bu durumu böyle mesele yapmak doğru değil.
6. Haklısın, bu kadar iş insanı gerçekten bunaltır.
7. Bence senin problemin, işleri becerememen değil, işlerin çok olması.
8. Senin yerinde olsam, ben de bunalırdım.
9. Sanırım bunca iş karşısında kendini çaresiz ve yalnız hissediyorsun.
10. Sana katılıyorum, ev işleri gerçekten kolaydır.
11. Annem de (veya bir başka yakınınız), senin gibi sürekli ev işi yapmaktan bunalıyor.
12. Sanırım, bu kadar çok işi tek başına yapmak zorunda kalman seni öfkeliyor.

II. Kişi (bir arkadaşınız)

Bir miras meselesi yüzünden babamla amcam kavga ettiler. Aslında ben ikisini de severim. Aralarını bulmaya çalıştım daha da kötü oldu. Babam dün "bir daha o adamla konuşmayacaksın" dedi. Gerçi, miras konusunda babam haklı gibi, ama amcamdan da vazgeçemem ki. Bunca yıl bize ikinci baba oldu. Üç kuruş için, bu çektiğimize değer mi?

1. Her ailede böyle problemler olabilir, kardeş kardeşin ne öldüğünü istermiş ne güldüğünü.
2. Bence üzülmen gereksiz, sonunda nasıl olsa barışırsınız.
3. Anladığım kadarıyla bu kavga seni çok üzmüş.
4. Senin yerinde olsaydım ben de çok üzülürdüm.
5. Kendini iki sevdiğin kişinin arasında kalmış hissediyorsun, bu da seni çaresizliğe itiyor.
6. İki kardeşin problemini anlaşılarak çözümlenmelerine sevindim.
7. Bence güvenilir bir hukukçu bulup onun hakemliğine başvurmalısınız.
8. İki sevdiğin kişi arasında seçim yapmak zorunda kalman seni öfkeliyor.
9. Parayla mutluluk olmaz, dostluk her şeyden önemlidir.
10. Eğer babanın tarafını tutarsan amcana karşı haksızlık ettiğini düşüneceksin.

11. Baban "amcanla konuşma" sözünü geçici bir öfke anında söylemiş olabilir.
12. Bu kavganın sebebi, aslında para değil, babanla amcanın ailede üstünlük kurma istekleri olabilir.

III. Kişi (bir dostunuz)

Son günlerde canım sıkılıyor, belli bir sebebi yok ama içimin daraldığını hissediyorum, canım hiçbir şey yapmak istemiyor, amaçsız dolanıyorum. Üstelik bu sıkıntıyı kimse ile paylaşamıyorum.

1. Sıkıntının nedenini araştırdın mı?
2. Senin böyle sıkılıyor olmana üzüldüm.
3. Bence kendini meşgul edecek bir hobi bulmalısın.
4. İçinde tanımlayamadığın bir heyecan hissediyorsun ve kötü bir şeyler olacaktı gibi geliyor.
5. Bazen ben de senin gibi sıkıntı hissedirim.
6. Sanırım şu sıralarda kendini yalnız hissediyorsun.
7. Herhalde bilinç altındaki bir takım duygular böyle hissetmene yol açıyordur.
8. Sebebini bilmediğin yoğun bir sıkıntı içindesin.
9. Geceleri sıkıntılı rüyalar gördüğün de oluyor mu?
10. Kendini böylesine bırakman doğru değil.
11. Dünyada öyle büyük dertleri olan insanlar var ki, onlar senin bu sebepsiz sıkıntıyı dertten saymazlar.
12. Son günlerde istediğini elde etmen beni sevindirdi.

IV. Kişi (bir genç)

Başımın yan tarafında bir tutam saç var, ne yapsam yatıramıyorum. İslatıyorum olmuyor, bağlıyorum olmuyor. Ne zaman aynaya baksam neşem kaçıyor.

1. Bu önemli bir problem değil, kafanı takma.
2. Kafanın dışı değil, içi önemlidir; sen kişiliğini geliştirmeye çalış.
3. Saçının yatmaması seni üzüyor.
4. Saçının dökülmesi beni üzdü.
5. Berber halledemiyor mu?
6. Başkalarının yanında her zaman derli-toplu gözükme istiyorsun.
7. Her zaman kusursuz bir insan olmak istiyorsun.
8. Saçınla bu kadar uğraşmak zorunda kalman seni sinirlendiriyor.
9. Bence bu önemli bir sorun değil ama bu işin seni rahatsız etmesine üzüldüm.
10. Bunu sakın arkadaşlarına söyleme seninle dalga geçebilirler, sen de üzülürsün.
11. Küçük bir şey için bile olsa, başkaları tarafından eleştirilmek seni üzüyor.
12. Bence seni asıl kızdıran, saçının yatmaması değil, bu işe çok zaman harcıyorsun.

V. Kişi (bir genç kız)

Annem geçen hafta doğum günümde, bana nefis bir atkı hediye etti. Verirken de “sana özel bir şey bulabilmek için şehrin altını üstüne getirdim” dedi. Dün ne öğrensem beğenirsin? Başka şehirde oturan bir ablam var. Annem, bana aldığıнын aynısını üç ay önce ona da almış. Bunu öğrenince perişan oldum. Şu anda son derece kötü hissediyorum kendimi.

1. Annene niçin böyle davrandığını sordun mu?
2. Annen, hem sana hem de ablana “özel” bir hediye alabilir, çünkü ikinizi de seviyordur. Bence olaya bu açıdan bakmalısın.
3. Bence bu konuda bencillik ediyorsun.
4. Bu olay seni üzmüş.
5. Bu olay karşısında, sanırım kendini aldatılmış hissetmişsin.
6. Galiba ablanı biraz kıskanıyorsun.
7. İki atkının tamamen benzer olduğundan emin misin?
8. Annenin sana, senin sandığın kadar değer verip vermediğini merak ediyorsun.
9. Senin yerimde olsaydım ben de üzülürdüm.
10. Annenin gözünde özel bir yerin olmasına sevinmişsin, şimdi bu sevincinin yerini üzüntü aldı.
11. Annen ablanı her zaman böyle eleştirir mi?
12. Annene oldukça öfkelisin.

VI. Kişi (bir öğrenci)

Son zamanlarda hiç ders çalışmıyorum. Sürekli kahvedeyim. Kağıt oynamak zevk veriyor ama kahveden çıkarken her seferinde derin bir pişmanlık duyuyorum, böyle giderse okulu bitiremeyeceğim. Bitiremezsem halim ne olur? Ne iş yaparım? Sonra anama-babama, konuya-komşuya ne derim?

1. Bu durumu ailen öğrenirse, her halde çok üzülürler.
2. Sınıfınızda senin durumunda olan başka arkadaşların da var mı?
3. Hayatta başarılı olmanın tek yolu okul bitirmek değildir. Okul bitirmemiş nice başarılı insan var.
4. İçinde bulunduğun durum seni çok sıkıyor, kaygılanmana yol açıyor.
5. Çalışmak istediğin halde çalışmıyorsun, kendi kendine söz geçiremiyor olman seni huzursuz ediyor.
6. Bence rahatlamak için bir psikoloğa başvurmalısın.
7. Konu komşunun ne düşüneceklerini kafana takma, kendini derslere ver.
8. Bu problemin beni üzdü.
9. Hem gelecekte iyi bir yaşantı elde edememekten hem de ana babanı incitmekten korkuyorsun.
10. Hiçbir derse mi çalışmıyorsun yoksa bazı derslere mi?

11. Bence kendine fazla yükleniyorsun, telaşın ve sıkıntın bu yüzden.
12. Çok çalıştığın halde dersleri başaramaman üzücü.

Ek 6. Empatik Eğilim Ölçeği

EMPATİK EĞİLİM ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA

Aşağıda 20 cümle bulunmaktadır. Bir cümledeki ifadeyi kendinize Tamamen Uygun bulacağınızı düşünürseniz 5'e, Oldukça Uygun bulacağınızı düşünürseniz 4'e, Oldukça Aykırı bulacağınızı düşünürseniz 2'ye, Tamamen Aykırı bulacağınızı düşünürseniz 1'e, eğer bir cümleye ilişkin olarak Kararsızlık belirtecekseniz 3'e çarpı koyunuz.

(5 = Tamamen Uygun)

(4 = Oldukça Uygun)

(3 = Kararsızım)

(2 = Oldukça Aykırı)

(1 = Tamamen Aykırı)

1. Çok sayıda dostum var. (1) (2) (3) (4) (5)
2. Film seyrederken bazen gözlerim yaşarır. (1) (2) (3) (4) (5)
3. Sıklıkla kendimi yalnız hissedirim. (1) (2) (3) (4) (5)
4. Bana dertlerini anlatanlar yanımdan ferahlamış ayrılırlar. (1) (2) (3) (4) (5)
5. Başkalarının problemleri beni kendi problemlerim kadar ilgilendirir. (1) (2) (3) (4) (5)
6. Duygularımı başkalarına iletmede güçlük çekerim. (1) (2) (3) (4) (5)
7. İnsanların film seyrederken ağlamaları tuhafıma gider. (1) (2) (3) (4) (5)
8. Birisiyle tartışırken bazen, dikkatim onun söylediklerinden çok vereceğim cevap üzerine yoğunlaşır. (1) (2) (3) (4) (5)
9. Çevrede çok sevilen bir insanım. (1) (2) (3) (4) (5)
10. Televizyondaki filmler mutlu sona ulaşınca rahatlarım. (1) (2) (3) (4) (5)
11. Düşüncelerimi başkalarına iletmede güçlük çektiğim olur. (1) (2) (3) (4) (5)

12. İnsanların çoğu bencildir. (1) (2) (3) (4) (5)
13. Sinirli bir insanım. (1) (2) (3) (4) (5)
14. Genellikle insanlara güvenirim. (1) (2) (3) (4) (5)
15. İnsanlar beni tam olarak anlayamıyorlar. (1) (2) (3) (4) (5)
16. Girişken bir insanım. (1) (2) (3) (4) (5)
17. Bir yakınıma derdimi anlatmak beni rahatlatır. (1) (2) (3) (4) (5)
18. Genellikle hayatımdan memnunum. (1) (2) (3) (4) (5)
19. Yakınlarım bana sık sık derdini anlatırlar. (1) (2) (3) (4) (5)
20. Genellikle keyfim yerindedir. (1)(2)(3)(4)(5)

