

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

**DİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERİN
UMUT-UMUTSUZLUK VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ**

**Tezi Hazırlayan
Sevil Şahin**

**Tezi Yöneten
Yrd. Doç. Dr. Meral Bayat**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Ağustos 2007
KAYSERİ**

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

**DİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERİN
UMUT-UMUTSUZLUK VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ**

**Tezi Hazırlayan
Sevil Şahin**

**Tezi Yöneten
Yrd. Doç. Dr. Meral Bayat**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Ağustos 2007
KAYSERİ**

Yrd.Doç.Dr.Meral BAYAT danışmanlığında **Sevil ŞAHİN** tarafından hazırlanan “**Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Umut–Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyleri** ” adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

28/08/2007

JÜRİ

İmza

Başkan : Doç. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

Üye : Yrd. Doç. Dr. Meral BAYAT (Danışman)

Üye : Yrd. Doç. Dr. Sultan TAŞÇI

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulununtarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Meral AŞÇIOĞLU

TEŞEKKÜR

Araştırmacı, bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Yrd. Doç. Dr. Meral BAYAT çalışmanın planlanması ve yürütülmesini yönlendirmiş ve her aşamada destek vermiştir.

Sayın Yrd. Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK ve Öğretim Elemanı Ferhan ELMALI, çalışmanın yöntemi ve istatistikleri konusunda katkıda bulunmuşlardır.

Sayın Yrd. Doç. Dr. Havva TEL ve Öğr. Gör. Sibel CEYHAN Beck Umut – Umutsuzluk Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin kullanımı, Sayın Yrd. Doç. Dr. İskender GÜN, Öğretim Elemanı Ferhan ELMALI, Öğr. Gör. Özlem CEYHAN Arş Gör. Pınar TEKİNSOY SPSS paket programı kullanımı konusunda rehberlik etmişlerdir.

Değerli Diyaliz Hekimi Soner AKDENİZ tez süresince yardımını esirgememiştir.

Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi, Kayseri Devlet Hastanesi , Özel Almet Diyaliz Merkezi, Özel Umut Diyaliz Merkezi Başhekimlik ve Başhemşirelikleri çalışmanın hemodiyaliz ve SAPD ünitelerinde yürütülmesi için izin vermiştir.

Hemodiyaliz ve SAPD ünitesinde görev yapan hemşireler ve diyaliz tedavisi alan hastalar çalışmanın uygulama aşamasında olumlu iş birliği sağlamışlardır.

Ailem tez çalışması süresince maddi ve manevi yönden destek vermiştir.

DİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERİN UMUT – UMUTSUZLUK VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ

ÖZET

Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların tedavisinde sık kullanılan diyaliz tedavisi, hastaları ölümden kurtarıp, yaşama devam etmelerini sağlamakla birlikte, yoğun fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu araştırma diyaliz tedavisi alan bireylerin umut – umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Kayseri’de diyaliz tedavisi gören 604 hemodiyaliz, 195 sürekli ayaktan periton diyalizi hastası oluşturmaktadır. Tam sayı metodu ile evrenin tamamının araştırma kapsamına alınması planlanmış, ancak bazı kuruluşların çalışmanın yapılmasına izin vermemesi ve bazı hastalarında araştırmanın sınırlılıklarına uymaması nedeni ile çalışma 353 hemodiyaliz, 154 sürekli ayaktan periton diyalizi olmak üzere toplam 507 hasta ile 8 Ekim 2006 – 31 Ocak 2007 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri içeren anket formu, umut düzeylerini belirlemek amacıyla “Beck Umutsuzluk Ölçeği” ve bireylerin sosyal destek gereksinimlerini belirlemek amacıyla “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirmesinde yüzdeler hesaplanmıştır, Shapiro-Wilk normallik testi, Bağımsız iki örnek t testi, Tek yönlü varyans analizi, Kruskal-Wallis varyans analizi, Spearman Korelasyon analizi, Tukey HSD, Dunn’s ve Dunnett testleri kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin Umut – Umutsuzluk puan ortalaması 20 puan üzerinden 8.2 ± 5.1 , Algılanan Sosyal Destek puan ortalaması 84 puan üzerinden 53.9 ± 18.3 olarak bulunmuştur. Hastaların umut düzeyini; bireyin yaşı, çocuk sayısı, diyaliz tipi, fiziksel sorun yaşama ve önerilen ilaç tedavisine uyma durumlarının etkilediği belirlenmiştir ($p < 0,05$). Bireylerin algıladıkları sosyal desteği ise; bireyin yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, mesleği, aile tipi, sosyal güvence durumu, diyaliz tipi, kronik böbrek hastalığı süresi, diyaliz süresi, hastalığa ilişkin eğitim alma durumu, önerilen tedaviye uyma ve ihtiyacını karşılayabilme durumunun etkilediği saptanmıştır ($p < 0,05$). Bireylerin sosyal destek faktörleri ve umutsuzluk durumları arasında negatif bir ilişki olduğu, hastaların algıladıkları toplam sosyal destek düzeyleri arttıkça umutsuzluk düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre, hastaların umutsuzluk duygusunu azaltan sosyal destek sistemlerinin artırılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği, umut – umutsuzluk, sosyal destek, hemodiyaliz, sürekli ayaktan periton diyalizi.

HOPE – HOPELESSNESS AND SOCIAL SUPPORT LEVELS OF PEOPLE TAKING DIALYSIS TREATMENT

ABSTRACT

Dialysis treatment, which is widely used in the treatment of the patients receiving medical treatment, saves their lives and allows them to survive. However, this treatment causes heavy physical, psychological and social problems to arise as well. This research was carried out to determine the extend of the hope, hopelessness and social support of the patients receiving dialysis treatment. Although this study was aimed to be conducted on 604 hemodialysis patients and 195 outpatients receiving periton dialysis treatment, it was only performed, between 8 September 2006 and 31 January 2007, on 507 patients consisting of 353 hemodialysis and 154 periton dialysis patients on the grounds that some institutions did not allow this study to be conducted and some of the patients did not keep to the observations of the study.

In the survey made by the researcher himself as a means of collecting data and including the patients' socio- demographic properties and other properties related to the illness, "Beck Hopelessness Measurement" and "Multi Dimensionally Perceived Social Support Measurement" were used to determine the extend of their hope and their needs for social support respectively. Percentage calculating method, Shapiro-Wilk normality test, Independent Two Sample t test, One way Variance Analysis, Kruksal – Wallis Variance Analysis, Spearman Correlation Analysis, Tukey HSD, Dunn's and Dunnet methods were used to evaluate the data. In this study, it was found that the average point of the patients in this study was 8.2 ± 5.1 over 20 and the average point of the Perceived Social Support was 53.9 ± 18.3 over 84. It was also found that age of the patients, number of the children they had, type of the dialysis, whether they experienced physical problems, and whether they adhered to the recommended drug treatment affected the patients' hope level ($p < 0,05$). It was determined that the social support they perceived was affected by the patients' age, level of education, marital status, profession, family type, type of the social insurance, type of the dialysis, length of the chronic kidney disease, length of the dialysis treatment, disease related level of education, observation level of the recommended treatment and whether they satisfied their requirements ($p < 0,05$). It was seen that there was a negative correlation between the patients' social support factors and hopelessness levels and that the more the patients' perceived total social support levels increased, the more their hopelessness levels decreased. According to the results obtained by this study, it may be suggested that social support systems decreasing the patients' sense of hopelessness be increased.

Key words: Chronic kidney failure, hope - hopelessness, social support, hemodialysis, continual outpatient periton dialysis treatment

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	I
KABUL VE ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. KRONİK BÖBREK HASTALIĞI.....	5
2.2. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	5
2.2.1. Yaş	5
2.2.2. Cinsiyet.....	5
2.2.3. Irksal Özellikler.....	6
2.2.4. Genetik.....	6
2.3. KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ NEDENLERİ.....	6
2.4. KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA TANI.....	6
2.5. KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA BELİRTİ VE BULGULAR	7
2.6. KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ TOPLUMSAL MALİYETİ	7
2.7. KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ TEDAVİSİ.....	8
2.7.1. Böbrek Nakli	8
2.7.2. Diyaliz.....	9
2.7.2.1. Hemodiyaliz.....	9
2.7.2.2. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi	11
2.8. DİYALİZ TEDAVİSİNİN PSİKO-SOSYAL ETKİLERİ.....	13
2.9. DİYALİZ KASTALARINDA UMUT-UMUTSUZLUK VE HEMŞİRELİK.....	15

	<u>Sayfa No</u>
2.10. DİYALİZ HASTALARINDA SOSYAL DESTEK VE HEMŞİRELİK.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	18
3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	18
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ	20
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	20
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	20
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ	21
3.6.1. Veri Toplama Araçları.....	21
3.6.2. Ön Uygulama	21
3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	21
3.6.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	46
6. KAYNAKLAR	58
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa no</u>
Tablo 4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri	24
Tablo 4.2. Bireylerin Hastalığına İlişkin Özellikleri.....	26
Tablo 4.3 Hemodiyaliz ve SAPD Uygulanan Bireylerin Hastalığı Süresince Yaşadığı Fiziksel ve Ruhsal Sorunlara Göre Dağılımı.....	28
Tablo 4.4. Bireylerin Tedavi Sürecine İlişkin Bazı Değişkenlerin Dağılımı	29
Tablo 4.5. Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin BUÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	29
Tablo 4.6. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	30
Tablo 4.7. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı	32
Tablo 4.8. Hemodiyaliz ve SAPD Uygulanan Bireylerin Hastalığı Süresince Yaşadığı Fiziksel- Ruhsal Sorunlara Göre Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	34
Tablo 4.9. Bireylerin Önerilen İlaç Tedavisi ve Diyete Uyuma Durumlarına Göre Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı	35
Tablo 4.10. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı	35
Tablo 4.11. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı	39
Tablo 4.12. Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Hastalığı Süresince Yaşadığı Fiziksel – Ruhsal Sorunlara Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	41
Tablo 4.13. SAPD Uygulanan Bireylerin Hastalığı Süresince Yaşadığı Fiziksel – Ruhsal Sorunlara Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	42
Tablo 4.14. Bireylerin Önerilen İlaç Tedavisi ve Diyete Uyuma Durumlarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı	43
Tablo 4.15. Bireylerin İhtiyaçlarını Kendi Kendine Karşılatabilme Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı	43
Tablo 4.16. Hemodiyaliz ve SAPD Tedavisi Alan Bireylerde Umutsuzluk ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki.....	44
Grafik 4.1. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Umutsuzluk ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki	45
Grafik 4.2. SAPD Tedavisi Alan Bireylerde Umutsuzluk ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki.....	45

KISALTMALAR

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
ANZDATA : Avustralya ve Yeni Zelanda ve Transplantasyon Kayıt Merkezi
BUN : Kan Üre Azotu
BUÖ : Beck Umutsuzluk Ölçeği
ÇBASDÖ : Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
EDTA : Avrupa Diyaliz ve Transplantasyon Derneği
HD : Hemodiyaliz
IVP : İntravenöz Piyelografi
KBY : Kronik Böbrek Yetmezliği
KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
NANDA : Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Derneği
RRT : Renal Replasman Tedavileri
SAPD : Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDBH : Son Dönem Böbrek Hastalığı
TND : Türk Nefroloji Derneği
USDRS : Birleşik Devletler Böbrek Veri Sistemi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada ve ülkemizde kronik hastalıkların insidansında artış görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10 yıl içinde kronik hastalıklar nedeni ile 388 milyon kişinin öleceğini tahmin etmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde nüfusun %50'sinde bir ya da daha fazla kronik hastalık bulunurken ülkemizde kronik hastalıklar bütün ölüm nedenlerinin % 49,5'ini oluşturmaktadır.

Kronik hastalıklar arasında yer alan Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY); hem dünyada hem de ülkemizde oldukça fazla görülen bir sağlık sorunudur ve organ yetmezliklerinde, konjestif kalp yetmezliklerinden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Son Dönem Böbrek Hastalığı'nın (SDBH) toplam prevalansı Amerika Birleşik Devletleri'nde milyonda 1131, Japonya'da 1397, Almanya'da 683, Fransa'da 634, Avustralya'da 530 hastadır. Türk Nefroloji Derneği'nin (TND) 2000 yılı verilerine göre, ülkemizde KBY insidansı milyonda 118.5 hasta olup, toplam KBY hastalarının sayısı 19.015'dir. SDBH'nin prevalansı, son 4 yılda % 7 artmış, insidansı ise son 10 yılda ikiye katlanmıştır.

KBY organik, mental ve psikososyal problemlere neden olan bir hastalıktır. KBY hastalarına sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD), hemodiyaliz ve böbrek transplantasyonu gibi renal replasman tedavileri (RRT) uygulanmaktadır. 2000 yılı verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) KBY hastalarının % 90,7'sine, İsveç'te % 72,8'ine, Japonya'da % 95,8'ine hemodiyaliz tedavisi uygulanmaktadır. Hemodiyaliz tedavisinin evde uygulanan şekli Yeni Zelanda'da % 18, Avustralya'da % 12, ve Fransa'da % 6 oranındadır. Periton diyalizi ise, en yaygın şekilde Hong Kong'da % 79, Yeni Zelanda'da % 57, Kanada, Avustralya ve Danimarka'da % 29 oranında kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2005 verilerine göre, hemodiyaliz hasta sayısının 26.707, periton diyalizi hasta sayısının 3855 olduğu, diyaliz hasta sayısı artış oranının binde kırk olarak izlendiği belirtilmektedir.

Diyalize 15–19 yaşlarında başlayan hastaların 10 yıllık yaşam şansı % 78 iken, 50–54 yaşları arasında 10 yıllık yaşam şansı % 23'tür. Böbrek yetmezliği olan bireylerde diğer morbid hastalıkların görülme sıklığının artması da hastaların yaşam sürelerini önemli ölçüde etkilemektedir. SDBH olan bireylerin ölümlerinden kalple ilgili nedenler, enfeksiyonlar ve serebrovasküler hastalıklar sorumlu tutulmaktadır.

KBY'li bireylerin hastalık ve diyaliz uygulama öncesine göre, diyaliz uygulamaya başlanmasından bir yıl sonra, genel işlevsellik oranı ve rehabilite edilebilme oranının % 20–60 arasında azaldığı görülmektedir. Bu uyum ve işlevsellikteki azalmada, diyaliz ile ilgili nedenlerin yanında psikososyal faktörlerin de rol oynadığı düşünülmektedir.

KBY olan hastaların tedavisinde en sık kullanılan tedavi yöntemlerinden biri olan diyaliz tedavisi, hastaları ölümden kurtarıp, yaşama devam etmelerini sağlamakla birlikte, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. En sık karşılaşılan ruhsal sorunlar arasında; anksiyete, depresyon, gelecek hakkında belirsizlik, sosyal yaşamın kısıtlanması, bağımsızlığını kaybetme düşüncesi, rol değişiklikleri, üzüntü ve umutsuzluk sayılabilir. Ortaya çıkan bu psikolojik sorunlar tedavi edilmezlerse, doğrudan fiziksel hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir.

Diyaliz hastaları hastalıklarının ilerleyici, tedavi yöntemlerinin zor ve kısıtlayıcı olması nedeniyle, kendilerini bağımlı ve durumlarını umutsuz görmektedirler. Umutsuzluk duygusu geleceğe yönelik olumsuz beklentiler içermekte ve depresyon, intihar düşüncesi ile yakından ilişkisi bulunmaktadır. Hemodiyaliz hastalarında görülen intihar oranı, normal popülasyondan 100 kat daha fazladır.

Yapılan çalışmalarda da; diyaliz hastalarının umutsuzluk düzeylerinin oldukça yüksek olduğu ve ayrıca intihar riskinin de yüksek olduğundan söz edilmektedir. İntihar riski bulunan hastalar, genellikle intiharı çaresizlikleri veya umutsuzluk durumları için bir çıkış yolu olarak görmektedirler. Bu noktada; bireylerdeki umutsuzluk derecesini objektif olarak sayılara dökerek belirlemek, intiharı önceden tahmin edebilme açısından önem kazanmaktadır.

Umut; sosyal destek, kendini beğenme, var oluşsal ve özgürlük anlayışı gibi birçok özelliği de kapsayan bir kavramdır. Sosyal destek, fiziksel ve psikolojik hastalıklarda bireyin sağlığını sürdürmede önem taşımaktadır. Doğal destek sistemlerinin psikolojik sorunların çözümlerini kolaylaştırma veya zorlaştırmada önemli rol oynadıkları belirtilmektedir. Kişi yetilerinin yetersiz kaldığını ya da tükendiğini hissettiği zaman ailesinden ya da hayatındaki önemli kişilerden destek almaktadır.

Diyaliz hastaları ile yapılan çalışmalarda; diyaliz hastalarının en büyük desteği aile üyelerinden aldıkları ve aile desteği yüksek olan kişilerde depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin daha az olduğu bulunmuştur.

Friend ve arkadaşlarının (1986), yaptıkları çalışmada sosyal destek grubuna katılan diyaliz hastalarının katılmayanlardan daha uzun süre yaşadıkları belirlenmiştir.

Fadıloğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, hemodiyalize giren hastaların % 68 oranında aile ile ilgili sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Aile üyelerinin hastalıktan sonra aramaması ve ilgilenmemesi, maddi problemlerin ortaya çıkması ifade edilen sorunlar arasındadır. Kronik hastalıkların uzun süreli oluşu nedeniyle sıklıkla hasta ve ailesinde umutsuzluk ve çaresizlik görülür. Umutsuzluk; hastaların tedaviye uyumlarını, çaba göstermelerini, motivasyonlarını ve baş etmelerini etkilemesi açısından hemşirelik bakımı için önemli konulardan birisidir.

Hemşire umutsuzluk yaşayan bireye bakım verirken hastanın özelliklerini, içsel kaynaklarını (otonomi, bağımsızlık, mantık, bilişsel düşünme, esneklik, spiritüel yön), dışsal kaynaklarını (önemsenen kişiler, sağlık ekibi, destek grupları, Tanrı ya da inanılan güçler) ve umut kaynaklarını (ilişkiler, inanç, başarılabilecek eylemler) tanımlamalı ve girişimlerini bunlara göre planlamalıdır. Hemşire hastayı bir bütün olarak ele almalı, sadece hastalığın fiziksel seyri ile değil, bireyin sosyal ve psikolojik sorunları ile de yakından ilgilenmelidir. Tedavi süresince bakıma aileyi de katarak, hastanın destek almasına katkıda bulunarak umutsuzluk duygusunun azalmasına

yardımcı olmalıdır. Hemşirelerin sunacağı destek, hasta birey ve ailesinin güçlenmelerinde ve karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinde önemli rol oynayacaktır. Sosyal desteği kuvvetli olan bireylerin; uzun ve sağlıklı yaşadıkları, hastalıklara karşı daha dirençli oldukları, hastalandıklarında ise; ilaç gereksinimlerinin azaldığı, iyileşme süreçlerinin hızlandığı ve tıbbi tedaviye uyumlarının arttığı bilinmektedir. Bu sebeple hemşirelerin kronik hastalığı olan bireylerin umut- umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerini belirlemeleri önem taşımaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK BÖBREK HASTALIĞI

SDBH, değişik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan, kronik, diyaliz ya da transplantasyon ile tedavi gerektiren, böbrek fonksiyonlarının kronik olarak ve geri dönüşümsüz kaybıdır (1 – 5).

2.2. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

2.2.1. Yaş

Böbrek hastalığının insidansı yaşla artmaktadır. İngiltere’de 50 yaşın altında böbrek yetmezliği insidansı milyonda 58 olarak bulunurken, bu değer 80 yaş ve üzeri için 588 olarak bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1996 yılı için KBY insidansı 20 – 44 yaş arası için milyonda 117 iken, 45 – 64 yaş arası için 542, 65 yaş ve üzeri için 1000’in üzerinde bulunmuştur (3 - 8).

2.2.2. Cinsiyet

Kronik böbrek yetmezliği erkeklerde kadınlara göre daha fazladır. Diyabet ve sekonder vaskülit kadınlarda, glomerülonefritin tüm formları ve neoplastik hastalıklar da erkekler de daha çok KBY’ne neden olmaktadır (3, 6, 9). Türk Nefroloji Derneği’nin 2002 verilerine göre, ülkemizde hemodiyaliz uygulanan hastaların % 56.6’sı erkek, % 43.4’ü kadındır (10).

2.2.3. Irksal Özellikler

KBY hastalarının irksal özellikleri ülkeye göre değişmektedir. ABD’de siyahlar ve Amerikan yerlileri’ndeki böbrek yetmezliği insidans oranları diğer ırklara göre orantısız biçimde yüksek bulunmuştur. Amerikan yerlileri’nde böbrek yetmezliği insidansı üç ile dört kat yüksektir. Glomerülonefritin çeşitli nedenleri ve neoplastik hastalıklara bağlı böbrek yetmezliği, beyazlarda diğer ırklara göre daha siktir. Asya ırkından olan hastalarda glomerülonefrite bağlı böbrek yetmezliği oranı (% 17.1) tüm böbrek yetmezliği hastalarındakine göre (% 10.5) daha yüksektir (4, 5, 11).

2.2.4. Genetik

Gerek diyabetik, gerek nondiyabetik nefropatiler ailesel eğilim gösterir. Ailede hipertansiyon ve kalp hastalığının varlığı, diyabetik nefropati gelişme riskini artırır nitelikte bulunmuştur (2, 6, 9).

2.3. KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ NEDENLERİ

Tüm Dünyada kronik böbrek hastalığının en çok görülen nedenleri nefrotik ya da böbrekteki iltihabi hastalıklar, enfeksiyonlar, idrar sistemindeki sorunlar ve polikistik böbrek hastalığı gibi kalıtsal bozukluklardır. Bu nedenler, gelişmiş ve gelişmekte olan uluslarda kardiyovasküler hastalıkların da en çok görülen nedenleri olan Diabet hastalığı ve hipertansiyona bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Ülkemizde KBY saptanan olgularda kronik böbrek yetmezliğine götüren ilk üç neden; kronik glomerulonefrit, diyabet ve hipertansiyon olarak bulunmuştur (12 - 18).

2.4. KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA TANI

- Kreatin kliresinde, glomerüler filtrasyon hızında (dakikada 10 ml’nin altına düşmesi) azalma, proteinüri, idrar dansitesinde artış gibi laboratuvar yöntemleri ve İntravenöz Piyelografi (IVP), Ultrasonografi, Bilgisayarlı Tomografi, böbrek dokusunun histopatolojik değerlendirilmesi ile böbrek yetmezliğinin tanısı kolaylıkla konulmaktadır (1 - 5, 13, 19, 20).
- Kan tetkiklerinden; kan üre azotu (BUN) ve kreatin düzeylerinde yükselme, hipokalsemi, hiperfosfatemi, hipernatremi, renal osteodistrofi belirti ve bulguları kronik böbrek hastalığı göstergeleridir (1 - 5, 13, 19, 20).

2.5. KRONİK BÖBREK HASTALIĞINDA BELİRTİ VE BULGULAR

Kardiyovasküler Sisteme Ait Belirtiler: Hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, perikardit.

Gastrointestinal Sisteme Ait Belirtiler: İştahsızlık, bulantı-kusma, diyare, konstipasyon, ağızda kötü koku – kötü tat, hıçkırık, stomatit.

Sıvı – Elektrolit ve Asit – Baz Dengesine Ait Belirtiler: Hiponatremi, hipernatremi, hipopotasemi, hiperpotasemi, hipovolemi, hipervolemi, hipokalsemi, hiperfosfatemi, hipermagnezemi, metabolik asidoz.

Hemotolojik Sisteme Ait Belirtiler: Anemi, lenfopeni, hemorojik diatez.

İskelet Sistemine Ait Belirtiler: Kas zayıflığı, kramplar, tetaniler.

Sinir Sistemine Ait Belirtiler: Sinirlilik, huzursuzluk, bilinç kaybı, stupor – koma, konsantrasyon bozuklukları, uyku bozuklukları, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite.

Deriye Ait Belirtiler: Kaşıntı, solukluk, tırnak atrofisi, üremik döküntü, ülserasyon, nekroz.

Metabolik – Endokrin Sisteme Ait Belirtiler: Seksüel disfonksiyon (libido kaybı, empotans, infertilite gibi), glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperürisemi, malnütrisyon (12, 20 - 26).

2.6. KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ TOPLUMSAL MALİYETİ

SDBH'ları hızla artmakta, tüm Dünyada 1,5 milyon kişi hemodiyaliz, periton diyalizi veya böbrek nakli ile hayatta kalabilmektedir. Gelecek 10 yıl içinde bu sayının iki katına çıkacağı öngörülmektedir. Toplam diyaliz ve böbrek nakli maliyetinin yine gelecek 10 yıl içinde 1 trilyon Amerikan Doları'na yükseleceği tahmin edilmektedir. ABD'de diyaliz tedavisi için 1997'de doğrudan ödenen tıbbi ödeme miktarının 15 milyar doları aştığı bildirilmiştir. Diyaliz programına alınmış bir hastanın, ülke ekonomisine yıllık maliyeti ise yaklaşık 23 bin dolardır (12). Ülkemizde 30 bin KBY hastası, haftanın 3 günü diyaliz cihazına bağlı olarak yaşamını sürdürmeye çalışmaktadır. Bu hastalar için, cihaz yatırımı hariç kişi başına yıllık 20 bin doları bulan diyaliz harcaması Türk ekonomisine yaklaşık 600 milyon dolarlık bir yük getirmektedir. Organ nakli yapılmış bir böbrek hastasının ilk yıl maliyeti diyalizle neredeyse aynı düzeyde gerçekleşmekte, ancak bundan sonraki yıllık tedavi maliyeti 10 bin dolara düşmektedir (27 - 29).

2.7. KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ TEDAVİSİ

2.7.1. Böbrek Nakli

Böbrek nakli, böbreğin cerrahi girişimle bir insandan diğerine nakledilmesi işlemidir. Hastaların yaşam süresini ve kalitesini artırdığı için en çok tercih edilen tedavi yöntemi haline gelmiştir. Böbrek transplantasyonu için kadavralardan veya anne, baba, çocuk, kardeş gibi kan bağı olan kişilerden yararlanılabilir. Canlı verici ve kadavradan yapılan nakiller arasında teknik olarak hiçbir fark yoktur.

Canlı vericiden yapılan nakillerde ameliyatı önceden planlama şansı vardır. Hasta ve böbrek vericisi aynı anda ameliyata alınır. Böbrek vericiden alınıp, hemen hastaya takılır.

Ülkemizde transplantasyonların % 90'ı canlı vericilerden gerçekleşirken, batı ülkelerinde böbrek transplantasyonunun büyük kısmı (2 / 3'ü) kadavra donörlerden yapılmaktadır.

Nakil yapıldıktan sonra böbreklerin ilk 8–14 saatlik sürede çalışması beklenir. Bazen böbrek birkaç gün görev yapamayabilir. Bu sürede hastaya diyaliz uygulanabilir.

Böbrek nakli yapılan hastaların bazı ilaçları ömür boyu kullanmaları gerekebilir. Böbrek nakli ameliyatlarında 5 yıl sonra, nakledilmiş böbreklerin % 70 - 80'i çalışmaya devam etmektedir (1, 2, 4, 5, 30).

a) Böbrek Naklinin Avantajları

- Vericinin böbreği hasta böbreklerin görevini üstlendiğinden hastanın yaşam kalitesi yükselmektedir.
- Diyaliz tedavisi gerekli olmadığından sıvı ve gıda kısıtlaması olmayacaktır.
- Sağlıklı bir insan gibi nakil olan bireylerin tam özgürlüğü olmaktadır (1, 2, 4, 5, 30).

b) Böbrek Naklinin Dezavantajları

- Büyük bir cerrahi ameliyat gerektirir.
- Vücudun yeni organı reddetmesi olasılığı vardır.
- Rejeksiyonu önlemek amacıyla kullanılan ilaçların yan etkisi (enfeksiyonlara eğilim, mide rahatsızlıkları vb.) olabilmektedir.
- İstendiği zaman verici bulunamamaktadır.
- Maliyeti yüksektir ve özel bir ekip gerektirmektedir (1, 2, 4, 5, 30).

c) Böbrek Naklinin Kontrendikasyonları

- ABO uyumsuzluğu ve pozitif Cross match,
- Disemine yaygın hastalıklar (malignite),
- Tedaviye dirençli kardiyak yetersizlikler,
- Yaygın vasküler lezyonlu hastalar,
- Kronik serebral periferik arter hastalıkları,
- Ciddi ve düzeltilemeyen konjenital üriner sistem anomalileri,
- Kronik enfeksiyonlu hastalar,
- Koagülasyon bozuklukları,
- Mental retardasyon ve
- Psikolojik bozukluğu olan bireylere böbrek nakli yapılmamaktadır (1, 2, 4, 5, 30, 31).

2.7.2. Diyaliz

Diyaliz, böbrekler yeterince çalışmadığı zaman, idrarla atılması gereken bazı zararlı maddelerin ve biriken suyun vücuttan atılması için yapılan tedavi yöntemidir (4, 5, 30).

Ülkemizde en çok iki tip diyaliz yöntemi kullanılmaktadır.

1. Hemodiyaliz
2. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi

2.7.2.1. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz; hastadan alınan kanın hemodiyaliz makinesinden geçirilerek metabolik atıklardan temizlenmesi ve yeniden hastaya verilmesi işlemidir. Bu işlem; konsantrasyonu farklı iki solüsyon içindeki solütlerin ve sıvının yarı geçirgen membran aracılığı ile konsantrasyon gradiyentine göre geçmesi ile gerçekleşmektedir. Diyalizde membranın bir yanında kan, diğer yanında diyalizat bulunmaktadır. Zar boyunca geçiş genellikle kandan diyalizata doğrudur. Solütlerin geçişi difüzyon, sıvının geçişi de ultrafiltrasyon adını almaktadır (1 – 5, 13, 19).

Hemodiyalizde makineye yeterli kan akımını sağlayabilmek için kan akımı ve kan basıncı yüksek, intravenöz girişi kolay, geniş ve yüzeysel venlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bunun için yüzeysel ven ve arter ağızlaştırılmaktadır. Bu işleme Arteriovenöz (AV) fistül adı verilmektedir ve daha çok üst ekstremitate damarları kullanılmaktadır. Yeni

açılan fistülün üzerine elle dokunulduğunda dolgunluk verene ve thrill sesi alınana kadar birey AV fistül ile diyalize alınmamalıdır. Fistül olgunlaşana kadar geçici vasküler giriş yolu sağlanmalıdır.

Geçici vasküler giriş yolu sağlamak için günümüzde en yaygın kullanılan yöntem; çift lümenli bir kateterin femoral, subklavyen veya internal jugular vene yerleştirilmesi ile gerçekleşmektedir (1 - 5, 13, 19, 20).

a) Hemodiyaliz Tedavisinin Avantajları

- Hasta diyaliz tedavisi ile haftada 2 - 3 kez 4 - 6 saat ilgilenmekte, diğer zamanlarda serbest olmaktadır.
- Metabolik dengeyi daha az etkilediği için şişmanlık daha az görülmektedir.
- Malnütrisyon ile daha az karşılaşmaktadır.
- Hastaneye yatma gereksinimi daha az olmaktadır.
- Karına ait komplikasyonlar görülmemektedir.
- Atık maddeler vücuttan hızla ve başarı ile uzaklaşmaktadır.
- Bireyin diğer hastalarla sosyal ilişki kurmasına olanak tanımaktadır.
- Uzman hekim ve hemşirelerden oluşan deneyimli bir ekip tarafından yapılmaktadır (1 -5, 13, 19, 20).

b) Hemodiyaliz Tedavisinin Dezavantajları

- İki diyaliz arasında, fiziki düşme ve yükselme olarak tarif edilebilecek rahatsızlıklar hissedilmektedir.
- Sıvı ve diyet kısıtlamaları gerektirmektedir.
- Diyaliz uygulamaları esnasında kramp, tansiyon düşmesi gibi sorunlar yaşanmaktadır.
- Haftanın belirli günlerinde ve saatlerinde hastaneye gitme mecburiyeti vardır.
- Tedavi sırasında, damara giriş için her seferinde fistül iğneleri kullanılmaktadır.
- Fistül ameliyatı için küçük bir cerrahi operasyon gerektirmektedir (1-5,13,19,20,32).

c) Hemodiyalizin Kontrendikasyonları

- Fistül-Şant açılmayan,
- Hemodiyaliz sonrası sıkıntıları yoğun yaşayan, (hemodiyalizi tolere edemeyenler)
- Pıhtılaşma bozukluğu olan ve
- Hemodiyaliz merkezine uzakta yaşayan hastalara hemodiyaliz uygulanmamaktadır.

Hemodiyaliz uygulamasının kronik böbrek yetmezliği vakalarında kullanılmaya başlanması ile daha önceleri kısa sürede ölüme sonuçlanan tabloların yerini, uzun süre yaşamı sürdürebilme olanağı almıştır (54). Hemodiyaliz, hayat kurtarıcı bir tedavi yöntemi olmasına karşın, yoğun fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. Hipotansiyon, kramp, bulantı - kusma, baş ağrısı, göğüs ağrısı, sırt ağrısı, kaşıntı ve ateş - titreme hemodiyaliz esnasında sık karşılaşılan, ancak genellikle hayatı tehdit etmeyen komplikasyonlardır (12 – 17, 20, 35, 36).

2.7.2.2. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi

Bu tedavi yöntemi; peritona takılan kateter ve periton boşluğuna verilen özel bir sıvı aracılığı ile gerçekleştirilmektedir. Periton zarı kanı temizlemek üzere yarı geçirgen membran işlevini görmektedir. Üzerinde küçük moleküllerin geçebileceği sayısız porlar yer almaktadır. Diyaliz solüsyonunun periton boşluğuna verilmesinden sonra difüzyon ve ozmos kurallarına uygun olarak üremik toksik maddeler ile moleküller çok yoğun ortamdan az yoğun ortama doğru geçiş göstermektedir (13, 19, 20).

SAPD günün 24 saati boyunca dört veya beş defa periton içindeki solüsyonun değiştirilmesiyle devam eden sistemdir. Değiştirme işleminin tekniği basittir. Fakat hastaya hemşire tarafından değişim tekniği, hijyen ve komplikasyonlar hakkında iyi eğitim verilmelidir. Verilen iyi eğitim tedaviyi olumlu yönde etkilemektedir. Hastanın kontrolleri titizlikle yapılmalıdır. Hastanın uyumu ve mentalitesi, tedavinin etkinliğinde son derecede önemlidir (1 – 5, 13, 19, 20).

a) SAPD Avantajları

- Hemodiyalize kıyasla daha iyi kan basıncı kontrolü sağlanabilmektedir.
- Daha iyi sıvı kontrolü sağlanmakta, aşırı sıvı birikimi olmamaktadır.
- Çok az diyet kısıtlaması gerekmektedir
- Kalp ve damar sistemine yüklenme çok az olduğundan, özellikle yaşlı hastalarda ve çocuklarda uygulanması tercih edilebilmektedir.
- Kanın pıhtılaşmasına engel olmak amacıyla damar içi yoldan heparin uygulanmasına gerek duyulmamaktadır.
- Hepatit B ve C gibi enfeksiyönel hastalıkların bulaşma riski daha azdır.
- Tedavi hastanın kendisi tarafından uygulanmakta ve hasta kendini daha iyi hissetmektedir.

- Tedavinin uygulama şekli ile ilgili eğitim basit ve kısa sürelidir.
- Bir diyaliz merkezine bağlılık gerekmemektedir (1 - 5, 13, 19, 20).

b) SAPD Dezavantajları

- Enfeksiyon riski,
- Katetere bağlı enfeksiyonlar,
- Peritonit,
- Hasta karnında sürekli katater taşımak zorundadır,
- Günlük uygulama gerektirmektedir,
- Protein kaybı oluşmaktadır,
- Kateter implantasyonu için küçük bir cerrahi operasyonuna gereksinim duyulmaktadır,
- Periton diyaliz solüsyonlarının şeker içermesine bağlı olarak şişmanlık gelişebilmektedir,
- Hastanın en az bir ay yetecek kadar periton diyaliz sıvısını evinde depolamak zorunda olmasıdır (1 - 5, 13, 19, 20).

c) SAPD Kontrendikasyonları

- Malnütrisyon,
- Karın içi yapışıklık,
- Mental reterdasyon,
- Hiatal herni (reflü özafajiti varsa),
- Şiddetli hipertrigliseridemi,
- Gebeliğin 3. trimestri,
- Şiddetli bağırsak hastalıkları (akut divertikülit, akut iskemik bağırsak hastalığı, karın içi apseler),
- Aktif depresyon,
- Entellektüel düzey düşüklüğü,
- Hijyenik alışkanlığı iyi olmayan bireylere SAPD uygulanmamalıdır (1 - 5, 13, 19, 20).

SAPD tedavisinde sıklıkla peritonit, kateter çıkış yeri enfeksiyonu, sıvı- elektrolit dengesizlikleri, protein malnütrisyonu, obezite, fitik, sırt ve karın ağrısı gibi fiziksel sorunlar görülmektedir (12 - 17).

Diyaliz hastalarında, diyaliz tedavisine bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel sorunların yanı sıra yiyecek ve içeceklerin kısıtlanması da önemli bir sorundur. Beslenme tedavisi, böbrek hastalarına medikal yaklaşımda her zaman önemli bir yer tutmuştur. Böbrek hastalığının erken dönemlerinde başlanması şartıyla, diyet uygulamaları hastalık ilerlemesinin yavaşlatılmasında en etkili yol olarak gösterilmektedir.

Diyaliz tedavisi gören bireylerde diyet tedavisinin amacı;

- Metabolik ve nütrisyonel bozuklukları engellemek,
- Yüksek sodyum ve potasyumlu diyetten sakınarak, pulmoner ödemi, kronik hipervolemiye bağlı hipertansiyonu ve konjestif kalp yetmezliğini önlemek,
- Renal osteodistrofiden korunmak için kalsiyum ve fosforu kontrol altında tutmak,
- Sıvı – elektrolit dengesizliklerini artırmadan ve üremi semptomlarını fazlaştırmadan iyi bir diyet tedavisi sağlamaktır.

2.8. DİYALİZ TEDAVİSİNİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİ

KBY nedeniyle diyaliz programına alınan hastalarda, organik rahatsızlıklara pek çok ruhsal ve sosyal sorunların da eşlik ettiği görülmektedir (37). Bu hastaların yaşadığı başlıca fiziksel ve psikososyal sorunların nedenleri;

- Haftada üç gün ve ortalama 4 – 6 saat süren diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı hale gelmesi,
- Diyaliz ünitesinde sık görülen ölümler ve ölüm korkusunun sürekli olarak yaşanması,
- Fiziksel durumda sık döngülü değişimlerin olması (üre miktarının artmasına bağlı bulantı – kusma, yorgunluk, uyku hali, yönelim bozukluğu, deliryum ve konfüzyon tablosu, diyaliz sonrası sıvı – elektrolit dengesindeki ani değişikliklere bağlı baş ağrısı, kas krampları, sinirlilik gibi)
- Uzun süreli diyaliz uygulamalarında bilişsel işlevlerin giderek bozulması,
- Sıklıkla böbrek yetmezliğine diğer bedensel hastalıkların eşlik etmesi (hipertansiyon, diabetes mellitus, anemi gibi),

- Hastanın nakil için yakınlarından böbrek talebine karşılık, hasta yakınlarının böbrek verme konusunda tereddüt yaşamaması veya kadavradan nakil için belirsiz bir bekleme sürecine girilmesi (38 – 42).

Bu sorunlar nedeniyle oluşan duygusal baskılar, hastaların ruhsal dengelerini bozarak diyalize toleranslarını azaltmakta, rehabilitasyonlarını zorlaştırmaktadır. En sık karşılaşılan ruhsal sorunlar arasında anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları, umutsuzluk, sosyal yaşamın kısıtlanması, bağımsızlığını kaybetme düşüncesi, rol değişiklikleri ve cinsel işlev kaybı yer almaktadır (22, 43 - 51).

Diyaliz seyrinde sık görülen komplikasyonlardan biri olan depresyon büyük ölçüde kayıplarla ilişkilidir. Bu hastalarda depresyon bir kısır döngü oluşturur. Depresyon, genellikle fiziksel durumun kötüleşmesi ile ilişkilidir. Depresyonu olan hastalarda; çökkün duygulanım, ilgi kaybı, düşüncelerde yavaşlama ya da karışıklık, değersiz ya da suçlu hissetme, umutsuzluk, intihar düşünceleri, iştahsızlık ve kilo kaybı gibi belirtiler görülmektedir. Ancak depresyonun varlığı da immün sistemi, kişisel hijyeni ve mücadele gücünü etkileyerek hastalığın seyrine olumsuz etkide bulunmakta ve ortalama yaşam süresini kısaltmaktadır. Diyaliz hastalarında depresyon prevalansının yüksek olması profilaksi için psikolojik yaklaşımı gerektirmektedir (22, 52 - 55).

Anksiyete; diyaliz hastaların da görülen psikiyatrik bozuklukların en önemlilerinden biridir ve çeşitli hastalık grupları içinde en yüksek değerlere ulaşmaktadır. Daha önce belirtildiği gibi makineye bağımlılık, kısıtlı özerklik, fiziksel, mesleki ve ailesel kayıplar, düşük yaşam kalitesi, gelecek belirsizliği, cinsel işlev bozukluğu ve ekonomik yetersizlik anksiyeteyi arttırmaktadır. Anksiyete düzeyi yüksek olan hastalar huzursuzdur, kötü bir şey olacağından endişe etmektedir, ancak bu durumu açıklayacak nesnel bir tehlike ya da tehdit kaynağı gösterememektedirler (56 - 58).

Diyaliz hastalarında cinsel işlev bozuklukları yaygın olup, her iki cinste de gözlenmektedir. Kadınlarda cinsel istek azalması ve orgazm olamama tanımlanmıştır. Erkeklerde gözlenen sorunlar arasında empotans, infertilite ve sık mastürbasyon vardır (59 -61).

Diyaliz tedavisi alan bireylerde uyku bozukluklarının da sık görüldüğü, yaşa ve uzun süreli hemodiyalize bağlı bedensel yakınmalarla birlikte daha da arttığı bildirilmektedir. Huzursuz bacak sendromu, uykuya dalma ve uykuyu sürdürmede güçlük, erken uyanma en çok görülen uyku sorunları arasındadır (32, 62, 63).

2.9. DİYALİZ HASTALARINDA UMUT – UMUTSUZLUK VE HEMŞİRELİK

Diyaliz hastaları hastalıklarının ilerleyici, tedavi yöntemlerinin zor ve kısıtlayıcı olması nedeniyle kendilerini bağımlı ve durumlarını umutsuz görürler. Ekonomik bağımlılık, kısıtlı sosyal yaşam, ailevi sorumluluklarla baş etmedeki zorluklar hastalarda karamsarlık ve umutsuzluğa yol açarak hastaların yaşam doyumunu etkilemektedir (64).

Yaşam dönemlerinin her birinde umut ve umutsuzluk duygusu farklı biçimde deneyimlenebilir. Kişinin eğitimi, bedensel, zihinsel ve ruhsal yönden sağlıklı oluşu, kültürü, gelenek ve görenekleri, dini inançları, değer yargıları, kişiler arası ilişkileri, kişilik yapısı gibi pek çok faktör umutsuzluk duygusunun deneyimlenmesinde önemli rol oynar (65, 66, 87).

Umutsuzluk kayıplara karşı gösterilen normal bir tepkidir. Üzerinde durulması gereken konu ise tepkilerin patolojik boyutlara ulaşmasını önlemek için hastalara yardımcı olmaktır. Problemin farkında olarak hissedilen gerçekçi bir umut, hastanın var olan sorunları ile etkin baş etmesinde önemli bir faktördür. Umut, bireyi olduğundan daha çok etkilemekte ve umutlu olma, sağlıklı olmada önemlidir. Hastalık durumlarında umut, bireyin umutsuzluk ve karamsarlığa düşmesini engeller ve çaresizlik duygularını önler. Umudun eksikliği iyileşmeyi geciktirmekte ve ölümü hızlandırmaktadır (63, 67 - 71).

Birçok kişinin yaşamındaki amaç ve düşüncelerini gerçekleştirme gücüne güvenmeleri, umutlu olmaları sonucunda gerçekleşir. Umut genel anlamda istenilen, arzu edilen bir şeyin gerçekleşmesini beklemektir. İstek ve umut bireyin enerjisinin derecesini oluşturur. Bu enerji ise bireyi motive eder, yani umut motive edici bir faktördür. Umut “bağımsızlığı, uyum yeteneğini, kontrolü, hayal gücünü” çağrıştırırken, umutsuzluk “tuzağa düşmüş hissini, imkânsızlığı ve çaresizliği” çağrıştırır.

1986'da bir hemşirelik tanısı olarak onaylanan ve Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Derneği (NANDA) tarafından tarif edildiği şekilde umutsuzluk "bireyin sınırlı ya da hiç alternatif görmediği veya kişisel seçenekler bulamadığı ve kendi yararı için enerji sarf edemediği bir durumdur". NANDA'nın umutsuzluk hakkındaki tanımladığı en belirgin özellikler pasiflik, konuşmada azalma, etkilemede azalma ve umutsuzluk içeren sözel ifadelerdir (37, 72). Hemşire bir hastanın umutsuzluk yaşadığını fark ettiğinde, umutsuzluğa neden olan faktörleri, umutsuzluk düzeyini, kullanılan ve kullanabilecek baş etme yöntemlerini belirlemelidir. Umutsuz bir hasta, bakım planına tam olarak katılmasa bile genellikle bu plana aktif bir biçimde direnç göstermez, pasif ve isteksiz biçimde bakımın verilmesine izin verir. Umutsuzlukla ilgili hemşirelik tanılarına örnek olarak; uzun süre aktivite sınırlamasına bağlı olarak gelişen umutsuzluk, hayallerin olmamasına bağlı olarak gelişen umutsuzluk, umutsuzluğa bağlı izolasyon ve umutsuzluğa bağlı ölüm korkusu verilebilir (73).

Umudun desteklenmesi ve ortaya çıkarılması hemşirelik mesleğinin önemli bir parçası haline gelmektedir. Hemşire hastaya umut objelerini düşünmesinde, onları belirlemesinde ve başkalarıyla paylaşmasında yardım etmeli, umutsuzluğun önlenmesine veya azaltılmasına katkıda bulunmalıdır (73).

Miller, hastalarda umudu geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimlerini;

- Kendisi için önemli olan kişilerle yakın ilişkilerini korumasında bireye yardım etme,
- Hastanın kişisel zorlanmaları ve zayıflıkları hakkında değerlendirme yapmayı öğretme,
- Problem çözme tekniklerini öğretme,
- Hasta için başarabileceği amaçlar oluşturma şeklinde tanımlamıştır (21, 75).

2.10. DIYALİZ HASTALARINDA SOSYAL DESTEK VE HEMŞİRELİK

Diyaliz tedavisi alan bireyler çoğunlukla zamanlarını diyalizde geçirmekte ve kalan zamanlarda da fiziksel ve ruhsal yakınmalara bağlı olarak iş verimi düşmekte, sosyal yaşamları olumsuz etkilenmektedir. Birçok hasta işlevine eski yeterlilikle devam edememekte, aile içi yaşantı ve roller değişmektedir. Bireylerin sosyal desteğe olan ihtiyaçları artmaktadır. Hastalık gibi zorlu yaşam olaylarıyla karşılaştığında, aile üyelerinin birbirine destek vermesi çok önemlidir (32, 76 - 78).

Sosyal destek denilince duygusal, fiziksel ve maddi açıdan, bağı olunan sosyal ilişkiler vasıtasıyla elde edilen destek anlaşılmaktadır. Sosyal destek, stresin oluşturduğu negatif etkilere karşı korumakta, sağlığı yükseltmekte, benlik saygısını güçlendirmekte ya da algılanan kontrol duygusunu artırmaktadır (45, 62, 78 - 83).

Sosyal desteği yüksek olan bireylerin, yaşam güçlükleri ile baş edebildiği, psikiyatrik morbiditenin daha az görüldüğü ve strese bağlı hastalıklara yakalanma olasılıklarının azaldığı bildirilmektedir. Sosyal destek, stres yaratan yaşam olaylarının algılanan önemini azaltarak ve bireyin emosyonel gerginliğinin üstesinden gelmesine yardım ederek tampon rolü oynar. Sosyal destek kuramlarında genel olarak sosyal desteğin yaşam boyu gerekli olduğu, ait olma duygusunu yaratan kişilerarası ilişkileri kapsadığı ve olumlu yönde bir etkileşim olduğu kabul edilir (51, 60, 77, 78, 84 - 86).

Diyaliz ünitelerindeki tedavi ekibi hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, diyetisyen, psikolog ve teknisyenlerden oluşmaktadır. Tedavi ekibi içinde hastalarla en fazla iletişim içinde olanlar hemşirelerdir (48). Hemşirelerin sunacağı destek, hasta bireylerin ve ailesinin güçlenmesinde ve sorunlarla baş etmelerinde önemli rol oynamaktadır (87).

Diyalizi iyi bilen hemşire, daha güvenilir ilişkiler kurabilir. Bireylerle kurulacak güven verici, destekleyici ve yardım edici hemşirelik yaklaşımları bireylere ruhsal uyumlarında yardımcı olabilir. Hemşire bireylere, hastalıkla baş etmede sosyal desteğin önemini vurgulayarak, bireydeki var olan sosyal destek faktörlerini (eş, arkadaşlar, komşular, akrabalar gibi) belirlemelidir. Bireylerin; aile, arkadaş ve akranlarla ilişkilerinin güçlendirilmesi, var olan sosyal faaliyetlerinin devam ettirilmesi ve benzer sorunları olan kişilerle bir araya gelerek duygu ve düşüncelerinin paylaşmaya teşvik edilmesi önem taşımaktadır (134).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma diyaliz hastalarının umut - umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma; Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Semiha Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Ünitesi, Özel Almet Diyaliz Merkezi, Özel Umut Diyaliz Merkezi'nde yapılmıştır.

Erciyes Üniversitesi Semiha Kibar ve Organ Nakli Diyaliz Hastanesi'nin Hemodiyaliz Ünitesinde; 10'u diyaliz sertifikalı, ikisi stajyer toplam 12 hemşire, bir nefroloji uzmanı, iki asistan, üç makine teknisyeni ve hastanenin diyetisyeni çalışmaktadır. Bu üniteye toplam 60 hasta hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Üniteye 25 cihaz bulunmaktadır. Bunlardan üçü Hepatit B, 19'u Hepatit C virüsü pozitif, üçü Hepatit B ve Hepatit C virüsü negatif hastalar için kullanılmaktadır. Hepatit B virüsü pozitif hastalara ayrı bir odada hemodiyaliz uygulanmaktadır. Üniteye hasta yakınlarının bekleyebileceği bölüm bulunmaktadır.

Erciyes Üniversitesi Semiha Kibar ve Organ Nakli Diyaliz Hastanesi'nin SAPD ünitesinde hafta içinde beş hemşire görev yapmaktadır. Burada hastaların rutin izlemleri yapılmaktadır. Sorun geliştiği durumda, hastalar nefroloji polikliniğindeki doktora gönderilmektedir. Ünitenin izleminde 195 hasta olup, hastalara iki ayda bir rutin kontrolleri için randevu verilmektedir. İzlem için gelen hastalar ortalama 4 – 6 saat ünite de kalmaktadırlar.

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde dokuzu diyaliz sertifikalı üçü sertifikasız toplam 12 hemşire, iki uzman doktor, üç pratisyen hekim, bir diyetisyen, bir sağlık memuru, bir makine teknisyeni ve iki yardımcı personel çalışmaktadır. Bu ünite de toplam 70 hasta hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Ünite de ikisi yedek olmak üzere 26 makine bulunmaktadır. Bu makinelerden üç tanesi Hepatit C virüsü pozitif, 23 tanesi Hepatit B ve Hepatit C virüsü negatif olan hastalar için kullanılmaktadır.

Özel Almet Diyaliz Merkezi'nde 12'si diyaliz sertifikalı, dördü sertifikasız toplam 16 hemşire, bir dahiliye uzmanı, bir nefroloji uzmanı, üç pratisyen hekim, bir diyetisyen, iki makine teknisyeni ve üç yardımcı personel çalışmaktadır. Bu ünite de toplam 240 hasta hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Ünite de 53 tane hemodiyaliz makinesi bulunmaktadır. Bu makinelerden dört tanesi Hepatit B, altı tanesi Hepatit C virüsü pozitif olan hastalar için, 44 tanesi Hepatit B ve Hepatit C virüsü negatif olan hastalar için ayrılmıştır. Ünite de Hepatit B virüsü ve Hepatit C virüsü pozitif olan hastalar ayrı katta diyalize girmektedirler. Ünite de hasta yakınlarının bekleyebileceği bir salon bulunmaktadır.

Özel Umut Diyaliz Merkezi'nde üçü sertifikalı, biri sertifikasız toplam dört hemşire, bir dahiliye uzmanı, bir pratisyen, bir diyetisyen, bir psikolog ve üç yardımcı personel çalışmaktadır. Bu ünite de toplam 50 hasta hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Ünite de 9 adet hemodiyaliz makinesi vardır. Bu makinelerden 2 tanesi Hepatit B, 2 tanesi Hepatit C virüsü pozitif, 5 tanesi Hepatit B ve Hepatit C virüsü negatif olan hastalara ayrılmıştır. Ünite de hasta yakınlarının bekleyebileceği bir oda bulunmaktadır.

Hemodiyaliz ünitelerinin tamamında hastalara ortalama 3,5 – 4 saat arasında hemodiyaliz uygulanmaktadır. Hemşireler hastaları diyaliz makinesine bağladıktan sonra tanı ve tedavi işlemlerinin dışında hastalarla birlikte sohbet etmekte, anksiyete veya stres giderici oyunlar oynamakta, herhangi bir sorunu olan hasta ile kişisel

düzyeyde iletişim kurularak psikolojik destek sağlamakta, hastalara TV izleme, müzik dinleme, kitap - gazete okuma gibi olanaklar sağlamaktadırlar.

3.3.ARAşTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini; Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Semiha Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Özel Almet Diyaliz Merkezi, Özel Rensa Diyaliz Merkezi, Özel Erciyes Diyaliz Merkezi, Özel Umur Diyaliz Merkezi ve Özel Melikgazi Hastanesinde rutin hemodiyaliz programına alınan 604 hasta, Tıp Fakültesi Semiha Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi SAPD ünitesinde izlemde olan 195 hasta oluşturmaktadır.

3.4. ARAşTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Tam sayı metodu ile evrenin tamamının araştırma kapsamına alınması planlanmış, ancak Özel Melikgazi Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi, Özel Rensa Diyaliz Merkezi ve Özel Erciyes Diyaliz Merkezi'nin araştırmanın yapılmasına izin vermemesi, 2 hastanın 18 yaşından küçük olması, 25 hastanın 65 yaşından büyük olması, 5 hastanın Şehir dışında olması, 51 hastanın araştırmaya katılmayı reddetmesi üzerine evrenin % 36.5'i (292) örnekleme dâhil edilememiştir. Araştırma 353 hemodiyaliz, 154 SAPD uygulanan birey olmak üzere toplam 507 kişi ile yapılmıştır.

3.5. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Diyaliz hastalarından;

- En az 6 aydır diyaliz tedavisi programında olan,
- 15 - 65 yaş arasında olan,
- En az ilkokul mezunu olan,
- Ciddi psikiyatrik sorunu olmayan,
- Soruların tamamını yanıtlayabilecek yetilere sahip olan,
- İletişim kurabilen,
- Ön uygulama yapılmayan ve
- Görüşmeyi reddetmeyen bireyler çalışmaya alınmıştır.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada hastaların sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesine yönelik araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu (Ek - 1), umut-umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), (Ek - 2) ve sosyal destek düzeylerini belirlemek amacıyla Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin (ÇBASDÖ) (Ek - 3) kullanılmıştır.

Konu ile ilgili literatür taraması yapılarak (1, 3, 9, 14) araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu, bireye ilişkin sosyo demografik özellikleri ve hastalığa özgü tanımlayıcı durumlarını içeren 25 sorudan oluşmaktadır.

BUÖ, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Seber (1991) ve Durak (1994) tarafından yapılmış olup, Coefficient Alpha güvenilirlik katsayısı 0.75 – 0.85 olarak hesaplanmıştır (91).

ÇBASDÖ, 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmalarda ölçeğin iç tutarlığı ve güvenilirliği oldukça yüksek bulunmuş, Cronbach's alpha katsayısı 0.78 – 0.92 olarak belirlenmiştir (92).

3.6.2. Ön Uygulama

Hazırlanan anket formunun işlerliğini saptamak amacıyla 3 Ekim 2006 tarihinde Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Semiha Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi'nde 4 hemodiyaliz ve 4 SAPD hastasına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra gerekli düzeltmeler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Ek 1'de verilen anket formu, Ek 2 ve Ek 3'te yer alan ölçekler 8 Ekim 2006 – 31 Ocak 2007 tarihleri arasında 3 aylık süre boyunca, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Semiha Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi hemodiyaliz ve SAPD ünitesinde, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemodiyaliz ünitesi, Özel Almet Diyaliz Merkezi ve Özel Umut Diyaliz Merkezi'nde uygulanmıştır.

Anket formu, hastalarla yüz-yüze görüşülerek ve hasta dosya kayıtlarından yararlanılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Umut-Umitsuzluk ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği hastalara verilerek ve aynı anda hastayla görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.6.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada hemodiyaliz ve SAPD uygulanan hastaların kişisel özellikleri bağımsız değişken olarak, BUÖ ve ÇBASDÖ skalalarının sonucu bağımlı değişken olarak alınmıştır.

Beck Umutsuzluk Ölçeği'nde, sorulara evet - hayır şeklinde cevap verilmekte ve negatif beklentileri yansıtmaktadır. Verilen anahtar ile uyum sağlayan her cevap 1, uyum sağlamayan cevaplar ise 0 puan almaktadır. Elde edilen toplam puan "umutsuzluk puanı" olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin puan durumu 0 - 20 arasındadır. 0 - 20 değerleri arasında değişebilen puanlar yüksek olduğunda umutsuzluğu, düşük olduğunda umudu göstermektedir. Ölçek; "gelecek ile ilgili duygular", "motivasyon kaybı" ve "gelecek ile ilgili beklentiler" olmak üzere 3 faktörden oluşmaktadır. 1, 3, 7, 11, 17 ve 18. maddeleri "gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler faktörünü"; 2, 4, 9, 12, 14, 16, ve 20. maddeleri "motivasyon faktörünü"; 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. maddeleri ise "umut faktörünü" oluşturmaktadır (91).

ÇBASDÖ 12 maddelik yedili Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin destek kaynaklarını yansıtan, aile, arkadaş, özel kişi desteği olmak üzere üç alt grubu bulunmakta ve her grup dört maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 3, 4, 8 ve 11. maddeler aile; 6, 7, 9 ve 12. maddeler arkadaş desteğini belirtirken; 1, 2, 5 ve 10. maddeler ise özel kişi desteğini ölçmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçeğin bütününden alınabilecek en düşük toplam puan 12, en yüksek toplam puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (92).

Hemodiyaliz ve SAPD hastalarının yaşadıkları fiziksel ve ruhsal sorunlar hasta ifadelerine göre değerlendirilmiştir. Hemodiyaliz hastaları tarafından belirtilen halsizlik, yorgunluk, hipertansiyon, hipotansiyon, kas krampları, hipoglisemi, kaşıntı, çarpıntı gibi sorunlar fiziksel sorun; sinirlilik, alınganlık, cinsel isteksizlik, uyku düzensizliği, huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü gibi sorunlar da ruhsal sorun olarak değerlendirilmiştir. SAPD hastaları tarafından belirtilen karın – sırt ağrısı, peritonit, fitik, kateter yeri enfeksiyonu, terleme, titreme gibi sorunlar fiziksel sorun; sinirlilik,

alınanlık, cinsel isteksizlik, uyku düzensizliği, huzursuzluk, konsantrasyon güçlüğü gibi sorunlar da ruhsal sorun olarak değerlendirilmiştir.

Elde edilen veriler kodlanarak S.P.S.S. 12.0 programı ile bilgisayarda değerlendirilmiş ve istatistiksel değerlendirmede; yüzdeler hesaplanarak, verilerin normallik dağılımını incelemek için Shapiro-Wilk normallik testi, gruplar arası karşılaştırmalarda Bağımsız iki örnek t testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis varyans analizi, fark çıkan grupların karşılaştırmalarında Tukey HSD, Dunn's ve Dunnett yöntemleri kullanılmıştır.

Diyaliz hastalarında umut- umutsuzluk ve sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesinde veriler normal dağılım göstermediği için Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Diyaliz tedavisi alan bireylerin umut – umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerini belirlemek amacı ile yapılan araştırmada, aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (n= 507)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	239	47.1
Erkek	268	52.9
Yaş		
20 ve ↓	62	12.2
30 – 39	106	20.9
40 – 49	118	23.3
50 – 59	145	28.6
60 ve ↑	76	15.0
Eğitim Durumu		
Okuma yazma bilmiyor	84	16.6
Okuma yazma biliyor	54	10.7
İlkokul mezunu	196	38.7
Ortaokul mezunu	55	10.8
Lise mezunu	83	16.4
Yüksekokul / Üniversite mezunu	35	6.8

Tablo 4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (Devamı) (n= 507)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Medeni Durum		
Evli	401	79.1
Bekâr	106	20.9
Çocuk Sayısı (n = 452)		
Çocuk yok	41	9.3
1 çocuk	60	13.2
2 çocuk	80	17.6
3 çocuk	109	24.1
4 çocuk ve ↑	162	35.8
İş / Meslek Durumu		
Ev Hanımı	218	43.0
Emekli	152	30.0
Çalışmıyor	62	12.2
Serbest Meslek	47	9.3
Memur	10	2.0
Esnaf	10	2.0
İşçi	8	1.5
Aylık Gelir Durumu		
Çok kötü	64	12.7
Kötü	95	18.7
Orta	242	47.7
İyi	79	15.6
Çok iyi	27	5.3
Çalışma Şekli		
Tam gün çalışma	45	8.8
Yarım gün ya da belirli saatlerde çalışma	30	5.9
Hiç çalışmama	432	85.3
Yaşanılan Yer		
Kayseri il merkezi	241	47.5
Kayseri ilçe	47	21.1
Kayseri belde	71	14.0
Kayseri köy	57	11.2
Şehir dışı	31	6.2
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	333	65.7
Geleneksel Geniş Aile	121	23.9
Parçalanmış Aile	27	5.3
Yalnız Yaşıyor	26	5.1
Sosyal Güvence Kuruluşu (n = 503)		
SSK	263	52.0
BAĞ-KUR	109	21.3
Yeşil Kart	69	13.6
Emekli Sandığı	66	12.8
Sosyal Güvencesi Olmayan	4	0.3

Çalışmaya alınan bireylerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de görülmektedir. Hastaların % 52,9’u erkek, % 28.6’sı 50 – 59 yaş grubunda, yaş ortalaması 45.6 ± 12.1 (20 – 65) olup, % 38.7’si ilkokul mezunu, % 79.1’i evli, % 35.8’i 4 ve daha fazla çocuğa sahip, % 43.0’ı ev hanımı, % 47.7’sinin aylık ortalama geliri orta, % 85.3’ü hiç çalışmamakta, % 47.5’i Kayseri il merkezinde yaşamakta, % 65.7’si çekirdek aileye mensup, % 52.0’ı S.S.K.’lı ve % 99.7’si sosyal güvencesi olan kişilerden oluşmaktadır.

Tablo 4.2. Bireylerin Hastalığına İlişkin Özellikleri (n=507)

Hastalığa İlişkin Özellikler	Sayı	%
Diyaliz Tipi		
Hemodiyaliz	353	69.6
SAPD	154	30.4
Böbrek Yetmezliğine Neden Olan Hastalık		
Bilinmiyor	115	22.7
Hipertansiyon	131	25.8
Diabetes Mellitus	90	17.8
Kronik Pyelonefrit	61	12.0
Kronik Glomerülonefrit	48	9.5
Polikistik Böbrek	33	6.5
Akut Böbrek Yetmezliği	15	3.0
Amiloidoz	14	2.7

Tablo 4.2. Bireylerin Hastalığına İlişkin Özellikleri (Devamı) (n=507)

Hastalığa İlişkin Özellikler	Sayı	%
Hastalık Süresi (ay)		
12 ve ↓	86	17.0
13–24	78	15.4
25–36	74	14.6
37–48	52	10.3
49–60	57	11.2
61–72	30	5.9
73–84	21	4.1
85–96	13	2.6
97 ve ↑	96	18.9
		$\bar{x} = 62.7 \pm 57.8$
Hemodiyaliz / SAPD süresi (ay)		
12 ve ↓	126	24.9
13–24	85	16.8
25–36	73	14.4
37–48	53	10.5
49–60	52	10.3
61–72	30	5.9
73–84	16	3.2
85–96	15	3.0
97 ve ↑	57	11.2
		$\bar{x} = 49.0 \pm 46.8$
Haftada Uygulanan Hemodiyaliz Sayısı (n=353)		
3 kez	296	83.8
2 kez	46	13.1
1 kez	11	3.1
Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumu		
Almış	417	82.2
Almamış	90	17.8
Eğitim Alınan Kişiler (n =417)		
Doktor	172	41.3
Hemşire	112	26.9
Diyetisyen	109	26.2
Basın / Yayın	12	2.9
Aile	9	1.9
Arkadaş / Komşu	3	0.8

Tablo 4.2’de çalışma kapsamına alınan bireylerin hastalıklarına ilişkin özellikleri yer almaktadır. Bireylerin % 69.6’sının hemodiyaliz, % 30.4’ünün SAPD ile tedavi edildiği ve % 25.8’inin primer hastalığının hipertansiyon olduğu belirlenmiştir. Bireylerin hastalık süresinin ortalaması 62.7 ± 57.8 (6 - 420 ay) olup, % 18.9’unun 97 ay ve daha fazla süredir KBY ile yaşadığı belirlenmiştir. Diyaliz süresinin ortalamasının ise 49.0 ± 46.8 (6 - 420 ay) olduğu, % 24.9’unun 6 – 12 aydır diyaliz ile tedavi edildiği, hemodiyaliz hastalarının % 83.8’ine haftada 3 kez hemodiyaliz uygulandığı bulunmuştur. Bireylerin % 82.2’si kronik böbrek hastalığına ilişkin eğitim aldığını, eğitim alanların % 41.3’ü bu eğitimi doktordan, %26.9’u hemşireden aldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.3. Hemodiyaliz ve SAPD Uygulanan Bireylerin Hastalığı Süresince Yaşadığı Fiziksel ve Ruhsal Sorunlara Göre Dağılımı

Diyaliz Türü	Yaşanılan Sorunlar	Yaşayan		Yaşamayan	
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
HD	Fiziksel Sorun	265	75.0	88	25.0
	Ruhsal Sorun	268	75.9	85	24.1
SAPD	Fiziksel Sorun	126	81.8	28	18.2
	Ruhsal Sorun	113	73.3	41	26.7

Diyaliz hastalarının hastalığı süresince yaşadığı sorunlara göre dağılımına bakıldığında; hemodiyaliz hastalarının % 75.0’ının, SAPD hastalarının % 81.8’inin fiziksel sorun, HD hastalarının % 75.9’unun, SAPD hastalarının % 73.3’ünün ruhsal sorun yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Bireylerin Tedavi Sürecine İlişkin Bazı Değişkenlerin Dağılımı (Devamı) (n =507)

	Sayı	%
İlaç Tedavisine Uyma Durumu		
Uyan	358	70.6
Uymayan	149	29.4
Önerilen Diyete Uyma Durumu		
Uyan	227	44.8
Uymayan	280	55.2
İhtiyacını Karşılabilme Durumu		
Karşılabilen	400	78.9
Karşılabilmeyen	107	21.1
Komplikasyon Gelişme Durumu		
Gelişen	209	41.2
Gelişmeyen	298	58.8

Bireylerin tedavi süreci ile ilişkili değişkenlerin dağılımına bakıldığında; % 70.6'sının ilaç tedavisine uyduğu, % 55.2'sinin önerilen diyet programına uymadığı, % 78.9'unun günlük ihtiyaçlarını kendi başlarına karşılayabildiği, % 58.8'inde tedavi sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmediği belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin BUÖ ve ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n = 507)

Ölçekler ve Alt Grupları	($\bar{x} \pm SD$)	Minimal – Maksimal Değerler
BUÖ	8.2 ± 5.1	0 - 20
ÇBASDÖ	53.9 ± 18.3	12 - 84
Aile desteği	24.5 ± 6.3	4 - 28
Arkadaş desteği	15.0 ± 8.8	4 - 28
Özel birinin desteği	14.1 ± 8.8	4 - 28

Diyaliz tedavisi alan bireylerin BUÖ puan ortalamalarının 8.2 ± 5.1 , ÇBASDÖ puan ortalamalarının 53.9 ± 18.3 olduğu belirlenmiştir. ÇBASDÖ'nin alt gruplarının puanları incelendiğinde ise; aile desteğinin 24.5 ± 6.3 , arkadaş desteğinin 15.0 ± 8.8 ve özel birinin desteğinin 14.1 ± 8.8 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Umutsuzluk Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (n = 507)

Sosyo-Demografik Özellikler	Umutsuzluk($\bar{x} \pm SD$)	Önemlilik
Cinsiyet		
Kadın	8.3 ± 4.8	t = 0.3
Erkek	8.1 ± 5.4	p > 0.05
Yaş		
20 ve ↓	5.7 ± 4.6	KW = 36.0 p < 0.01**
30 – 39	7.5 ± 4.9	
40 – 49	7.9 ± 5.0	
50 – 59	8.9 ± 5.2	
60 ve ↑	10.5 ± 4.7	
Eğitim Durumu		
Okuma yazma bilmiyor	9.5 ± 4.3	KW = 6.0 p > 0.05
Okuma yazma biliyor	8.0 ± 5.1	
İlkokul mezunu	8.4 ± 5.6	
Ortaokul mezunu	8.2 ± 4.8	
Lise mezunu	7.9 ± 4.8	
Üniversite / Yüksekokul mezunu	5.3 ± 4.3	
Medeni Durum		
Evlü	8.3 ± 5.0	t = 0.7
Bekâr	7.9 ± 5.4	p > 0.05
Çocuk Sayısı (n = 452)		
Çocuk yok	8.6 ± 5.3	KW = 18.5 p < 0.05*
1 çocuk	7.3 ± 4.4	
2 çocuk	7.1 ± 4.8	
3 çocuk	8.4 ± 5.5	
4 çocuk ve ↑	9.6 ± 5.1	
Gelir Durumu		
Kötü	9.5 ± 4.6	KW = 14.1 p > 0.05
Orta	8.0 ± 5.0	
İyi	7.6 ± 5.0	
Çok iyi	5.9 ± 4.8	

Tablo 4.6 Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devamı) (n = 507)

Sosyo-Demografik Özellikler	Umutsuzluk ($\bar{x} \pm SD$)	Önemlilik
Çalışma Şekli		
Hiç çalışmama	8.5 ± 5.2	KW = 6.0 p > 0.05
Tam gün çalışma	7.1 ± 4.8	
Yarım gün ya da belirli saatlerde çalışma	6.4 ± 4.0	
Yaşanılan Yer		
Kayseri dışındaki iller	9.0 ± 5.4	KW= 3.0 p > 0.05
Kayseri ilçe, belde, köy	8.5 ± 5.0	
Kayseri il merkezi	7.8 ± 5.2	
Aile Tipi		
Geleneksel geniş aile	9.7 ± 5.5	KW = 12.6 p > 0.05
Yalnız yaşıyor	9.3 ± 5.8	
Çekirdek aile	7.6 ± 4.8	
Parçalanmış aile	7.5 ± 5.0	
Sosyal Güvence Durumu		
Var	8.2 ± 5.1	t = 0.4 p > 0.05
Yok	7.0 ± 2.4	
Sosyal Güvence Kuruluşu (n = 503)		
BAĞ-KUR	8.4 ± 5.2	KW = 3.4 p > 0.05
SSK	8.4 ± 5.0	
Emekli Sandığı	7.9 ± 4.5	
Yeşil Kart	7.4 ± 5.7	

Tablo 4.6'da bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre umutsuzluk ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Araştırma sonucuna göre; cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, gelir durumu, çalışma şekli, yaşanılan yer, aile tipi, sosyal güvence durumu diyaliz tedavisi alan bireylerin umutsuzluk düzeyi üzerinde anlamlı bir fark oluşturmazken (p > 0.05), yaşın ve çocuk sayısının umutsuzluk düzeyi üzerinde anlamlı bir farklılık (p < 0.05) oluşturduğu saptanmıştır.

Yaş arttıkça umutsuzluk düzeyinin arttığı, hangi yaş grupları arasındaki farkın önemli olduğu ayrıntılı olarak incelendiğinde; umutsuzluk puan ortalamalarının 60 – 65 yaşlarındaki bireylerde, özellikle 20 – 29, 30 – 39 ve 40 – 49 yaş gruplarındaki bireylere

göre; 40 – 49 ve 50 – 59 yaş grubundaki bireylerde 20 – 29 yaş grubundaki bireylere göre, anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Ek Tablo 1).

Çocuk sayısı ve umutsuzluk puan ortalamaları ile ilgili yapılan ileri analizde; 4 veya daha fazla çocuğa sahip olanların 1, 2 ve 3 çocuğu olanlara göre, 3 çocuğa sahip olanların 1 ve 2 çocuğu olan bireylere göre, umutsuzluk puanlarının önemli düzeyde yüksek, aradaki farkında önemli olduğu saptanmıştır (Ek Tablo 2).

Umutsuzluk puan ortalamasının kadınlarda erkeklere göre, evlilerde bekârlara göre, diyaliz tedavisi için Kayseri dışındaki illerden gelen hastalarda Kayseri de yaşayan hastalara göre, geniş aileye mensup bireylerde diğer aile tiplerindeki bireylere göre daha yüksek olduğu ancak aradaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Eğitim düzeyi düştükçe umut düzeyinin de azaldığı, okuma yazma bilmeyen, emekli, gelir durumu kötü, herhangi bir işte çalışmayan, sosyal güvencesi BAĞ- KUR olan bireylerde umut düzeyinin önemli düzeyde olmasa da daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.6) ($p > 0.05$).

Tablo 4.7. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı (n= 507)

Hastalığa ilişkin Özellikler	Umutsuzluk ($\bar{x} \pm SD$)	Önemlilik
Diyaliz Tipi		
Hemodiyaliz	7.9 ± 5.3	t = 2.2
SAPD	8.9 ± 4.6	p < 0.05*
Hastalık Süresi (ay)		
12 ve ↓	8.2 ± 4.9	KW = 15.8 p > 0.05
13 – 24	9.7 ± 5.2	
25 – 36	7.8 ± 4.8	
37 – 48	9.0 ± 4.9	
49 – 60	8.0 ± 5.0	
61 – 72	5.9 ± 5.3	
73 – 84	7.7 ± 5.5	
85 – 96	8.0 ± 5.2	
97 ve ↑	8.2 ± 5.1	

Tablo 4.7. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devamı) (n= 507)

Hastalığa ilişkin Özellikler	Umutsuzluk ($\bar{x} \pm SD$)	Önemlilik
Hemodiyaliz/SAPD süresi (ay)		
12 ve ↓	8.2 ± 5.3	KW= 7.0 p > 0.05
13 – 24	9.1 ± 4.8	
25 – 36	8.0 ± 5.1	
37 – 48	8.6 ± 4.6	
49 – 60	7.6 ± 4.7	
61 – 72	7.3 ± 6.1	
73 – 84	7.2 ± 5.1	
85 – 96	9.0 ± 6.0	
97 ve ↑	8.0 ± 5.5	
Haftada Uygulanan Hemodiyaliz Sayısı		
1 kez	7.5 ± 4.1	KW = 0.0 p > 0.05
2 kez	8.2 ± 5.7	
3 kez	7.9 ± 5.3	
Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumu		
Almış	8.0 ± 5.1	t = 2.3 p > 0.05
Almamış	9.4 ± 5.2	
Hastalığa İlişkin Komplikasyon Gelişme Durumu		
Gelişen	9.6 ± 5.0	t = 5.3 p > 0.05
Gelişmeyen	7.2 ± 4.9	
Kendi İhtiyacını Karşılabilme Durumu		
Karşılabilen	7.5 ± 4.9	t = 6.0 p > 0.05
Karşılabilmeyen	10.8 ± 5.0	

Tablo 4.7’de bireylerin hastalığa ilişkin özelliklerine göre umutsuzluk ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre SAPD uygulanan bireylerin umutsuzluk puan ortalamalarının, hemodiyaliz uygulanan bireylerin umutsuzluk puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p< 0.05).

13 – 24 aydır kronik böbrek hastalığı bulunan ve yine 13 – 24 aydır diyaliz tedavisi alan bireylerin umutsuzluk puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak diğer gruplarla arasındaki farkın önemli olmadığı bulunmuştur (p > 0.05).

Haftada 2 kez hemodiyalize giren bireylerin umutsuzluk düzeyinin, haftada 1 kez ya da 3 kez hemodiyaliz uygulanan bireylere göre yüksek olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Hastalığa ilişkin eğitim alma, hastalığa ilişkin komplikasyon gelişme ve kendi ihtiyacını karşılayabilme durumunun, hastaların umutsuzluk düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı ($p > 0.05$) saptanmıştır. Ancak umutsuzluk puan ortalamalarının hastalığa ilişkin eğitim almayanlarda, hastalığa ilişkin komplikasyon gelişenlerde, ihtiyacını kendisi karşılayamayanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.8. Hemodiyaliz ve SAPD Uygulanan Bireylerin Hastalığı Süresince Yaşadığı Fiziksel ve Ruhsal Sorunlara Göre Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı (n = 507)

Diyaliz Türü	Yaşanılan Sorunlar	Yaşayan	Yaşamayan	Önemlilik	
		Umutsuzluk ($\bar{x} \pm SD$)		t	p
HD	Fiziksel Sorun	8.8 ± 5.2	4.9 ± 4.2	6.7	< 0.05*
	Ruhsal Sorun	8.5 ± 5.3	6.1 ± 4.9	3.4	> 0.05
SAPD	Fiziksel Sorun	9.5 ± 4.4	6.2 ± 4.8	1.5	> 0.05
	Ruhsal Sorun	9.2 ± 4.6	7.8 ± 4.3	1.5	> 0.05

Hemodiyaliz tedavisi uygulanan bireylerde fiziksel ve ruhsal sorun yaşayanlarda, sorun yaşamayanlara göre umutsuzluk puan ortalamalarının yüksek olduğu ve fiziksel sorun yaşayanlarda bu fark önemli iken ($p < 0.05$), ruhsal sorun yaşayanlarda önemli olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.8).

Yine SAPD uygulanan bireylerde fiziksel ve ruhsal sorun yaşayanlarda yaşamayanlara göre umutsuzluk puan ortalamasının daha yüksek olduğu ancak aradaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$), (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Bireylerin Önerilen İlaç Tedavisi ve Diyete Uyuma Durumlarına Göre Umutsuzluk Puan Ortalamalarının Dağılımı (n = 507)

	Umutsuzluk ($\bar{x} \pm SD$)	Önemlilik
İlaç Tedavisine Uyuma Durumu		
Uyan	7.6 \pm 4.9	t = 4.0
Uymayan	9.6 \pm 5.5	p < 0.05**
Diyete Uyuma Durumu		
Uyan	7.7 \pm 4.7	t = 2.0
Uymayan	8.6 \pm 5.4	p > 0.05

İlaç tedavisine uymayan hastalarda umutsuzluk puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır (p < 0.05) (Tablo 4.9).

Diyete uymayan diyaliz hastalarının umutsuzluk düzeylerinin diyetine uyanlara göre daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p > 0.05) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=507)

Sosyo-Demografik Özellikler	Aile Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Arkadaş Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Özel Birinin Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Sosyal Destek ($\bar{x} \pm SD$)
Cinsiyet				
Kadın	24.1 \pm 6.2	13.3 \pm 8.8	15.5 \pm 8.7	54.2 \pm 19.2
Erkek	24.8 \pm 6.3	15.5 \pm 8.8	12.9 \pm 8.7	53.5 \pm 17.6
t	1.1	1.2	3.4	0.4
p	P > 0.05	P > 0.05	P > 0.05	P > 0.05
Yaş (yıl)				
20 ve ↓	24.9 \pm 6.2	17.4 \pm 8.4	16.6 \pm 10.0	59.3 \pm 19.8
30 – 39	24.4 \pm 6.4	17.7 \pm 9.2	16.0 \pm 8.5	57.9 \pm 9.3
40 – 49	24.5 \pm 6.5	14.2 \pm 8.0	13.2 \pm 8.7	51.9 \pm 17.1
50 – 59	24.6 \pm 6.5	14.4 \pm 9.0	14.0 \pm 8.7	53.1 \pm 18.5
60 ve ↑	24.1 \pm 5.7	11.7 \pm 7.8	11.4 \pm 7.6	48.3 \pm 16.7
KW	5.6	25.9	16.4	19.9
p	P > 0.05	P < 0.05*	P < 0.05*	p < 0.05*

Tablo 4.10. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devamı) (n=507)

Sosyo-Demografik Özellikler	Aile Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Arkadaş Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Özel Birinin Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Sosyal Destek ($\bar{x} \pm SD$)
Eğitim Durumu				
Okuma yazma bilmiyor	23.3 ± 6.6	13.4 ± 8.8	12.9 ± 8.3	49.8 ± 19.0
Okuma yazma biliyor	25.7 ± 5.2	12.7 ± 7.8	13.0 ± 8.4	51.9 ± 17.1
İlkokul mezunu	24.1 ± 6.6	14.7 ± 8.8	14.3 ± 8.4	53.2 ± 17.9
Ortaokul mezunu	25.1 ± 6.4	24.7 ± 13.6	12.8 ± 9.4	53.1 ± 16.9
Lise mezunu	25.4 ± 5.2	16.1 ± 8.4	14.0 ± 9.0	56.0 ± 17.0
Üniversite/Yüksekokul mezunu	24.3 ± 7.0	21.4 ± 9.3	20.1 ± 9.8	66.2 ± 21.3
KW	14.4	24.4	17.1	19.0
P	P > 0.05	P < 0.01**	P < 0.05*	P < 0.05
Medeni Durum				
Evli	25.2 ± 5.3	14.5 ± 8.5	13.2 ± 8.4	53.2 ± 17.1
Bekâr	21.9 ± 8.7	35.4 ± 19.7	17.0 ± 9.7	56.2 ± 22.3
t	3.6	2.4	4.4	1.2
p	P < 0.01**	P < 0.05*	P > 0.05	P < 0.01**
Çocuk Sayısı (n = 82)				
Çocuk yok	23.3 ± 8.1	17.5 ± 8.7	14.7 ± 9.4	53.7 ± 20.5
1 çocuk	24.2 ± 6.5	14.8 ± 9.6	16.4 ± 8.9	58.5 ± 18.7
2 çocuk	23.9 ± 6.8	14.6 ± 8.4	13.7 ± 8.8	51.9 ± 18.1
3 çocuk	24.1 ± 6.1	15.5 ± 8.8	13.4 ± 8.6	55.1 ± 16.6
4 çocuk ve ↑	26.4 ± 3.7	12.4 ± 8.0	12.4 ± 8.0	49.6 ± 16.8
KW	15.2	17.9	9.2	14.0
P	P < 0.05*	P < 0.05*	P > 0.05	P > 0.05
İş / Meslek Durumu				
Çalışmıyor	24.1 ± 6.4	15.0 ± 8.8	15.4 ± 8.8	54.5 ± 19.1
Çalışıyor	25.1 ± 6.6	16.8 ± 9.0	13.3 ± 8.8	55.3 ± 18.4
Emekli	24.9 ± 6.0	14.2 ± 8.5	12.2 ± 8.4	51.9 ± 16.7
KW	7.8	4.4	12.4	2.8
P	P > 0.05	P > 0.05	P < 0.05*	P > 0.05
Gelir Durumu				
Çok kötü	22.5 ± 8.3	12.9 ± 9.4	11.7 ± 8.6	47.2 ± 20.6
Kötü	24.6 ± 6.3	14.0 ± 8.9	14.3 ± 9.2	52.9 ± 18.3
Orta	24.7 ± 6.0	15.5 ± 8.5	14.0 ± 8.6	54.5 ± 17.7
İyi	24.7 ± 5.9	15.8 ± 8.9	15.9 ± 9.1	56.9 ± 18.4
Çok iyi	26.1 ± 2.2	16.9 ± 8.1	15.5 ± 7.9	58.1 ± 14.2
KW	5.9	8.6	10.2	10.9
p	P > 0.05	P > 0.05	P > 0.05	P > 0.05

Tablo 4.10. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devamı) (n=507)

Sosyo-Demografik Özellikler	Aile Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Arkadaş Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Özel Birinin Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Sosyal Destek ($\bar{x} \pm SD$)
Çalışma Şekli				
Tam gün çalışma	25.6 ± 6.0	16.8 ± 9.2	14.7 ± 9.0	57.2 ± 18.2
Yarım gün/belirli saatlerde çalışma	27.3 ± 1.6	17.8 ± 7.9	13.5 ± 8.6	58.2 ± 13.5
Hiç çalışmama	24.2 ± 6.5	14.6 ± 8.7	14.1 ± 8.8	53.2 ± 18.6
KW	14.5	5.7	0.3	3.6
p	P < 0.05*	P > 0.05	P > 0.05	P > 0.05
Yaşanılan Yer				
Kayseri il merkezi	24.6 ± 6.1	15.7 ± 8.8	14.3 ± 8.8	54.8 ± 18.8
Kayseri ilçe, belde, köy	24.6 ± 6.1	14.9 ± 8.7	14.1 ± 8.9	54.0 ± 18.0
Kayseri dışındaki iller	22.6 ± 8.8	10.8 ± 7.9	12.4 ± 8.5	45.3 ± 14.3
KW	3.3	10.1	1.5	7.8
P	P > 0.05	P > 0.05	P > 0.05	P > 0.05
Aile Tipi				
Yalnız Yaşıyor	20.6 ± 9.8	17.8 ± 7.7	16.8 ± 8.5	55.8 ± 21.0
Çekirdek Aile	24.7 ± 5.9	15.6 ± 8.6	14.3 ± 8.9	54.9 ± 18.7
Geleneksel Geniş Aile	25.3 ± 5.0	12.5 ± 8.6	12.0 ± 8.1	50.1 ± 15.4
Parçalanmış Aile	21.5 ± 9.4	16.2 ± 10.6	18.2 ± 9.5	56.0 ± 20.7
KW	2.7	14.5	14.3	9.5
P	P > 0.05	P < 0.05*	P < 0.05*	P > 0.05
Sosyal Güvence Durumu (n = 503)				
Var	24.5 ± 6.3	15.0 ± 8.8	14.2 ± 8.8	53.9 ± 18.4
Yok	27.0 ± 2.0	12.5 ± 1.0	8.0 ± 4.0	52.5 ± 10.6
t	0.7	4.	1.4	0.1
p	P > 0.05	P < 0.01**	P > 0.05	P > 0.05

Tablo 4.10'da hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Araştırma sonucuna göre; cinsiyet, gelir durumu, yaşanılan yer ve gelir durumu diyaliz hastalarının sosyal destek düzeyi üzerinde anlamlı bir fark oluşturmazken ($p > 0.05$), yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, meslek durumu, çalışma şekli, aile tipi

ve sosyal güvence durumunun sosyal destek düzeyi üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Yaş gruplarına göre algılanan sosyal destek düzeyi ileri analiz teknikleri ile karşılaştırıldığında 20 – 29 ve 30 – 39 yaş grubundaki bireylerde özel birinin desteği ve algılanan sosyal destek, 60 – 65 yaş grubundaki bireylere göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkında önemli olduğu ($p < 0.05$) belirlenmiştir (Ek Tablo 4,5). Arkadaş desteğinin 20 – 29 yaş grubundaki bireylerde 40 – 49 ve 60 – 65 yaş grubundaki, 30 – 39 yaş grubundaki bireylerde 40 – 49 ve 50 – 59 yaş grubundaki bireylere göre önemli derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Ek tablo 3).

Eğitim durumuna göre algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında, arkadaş, özel biri ve algılanan sosyal destek alanlarında gruplar arası farkın önemli olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizler sonucu arkadaş desteğinin; ortaokul mezunlarında, okuma yazma bilmeyen, okuma yazma bilen ve ilkökul mezunlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim durumu ile özel birinin desteği ve algılanan sosyal destek arasındaki farkı Üniversite / Yüksek Okul mezunları yaratmaktadır. ($p < 0.05$) (Ek Tablo 6, 7, 8).

Medeni duruma göre algılanan sosyal destek düzeyine bakıldığında evlilerde, aile desteğinin ve ($p < 0.01$), bekârlarda arkadaş desteğinin ve algılanan sosyal desteğin ($p < 0.05$) daha yüksek olduğu, aralarındaki farkında önemli olduğu saptanmıştır.

Çocuk sayısına göre algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında, çocuk sayısı ile aile desteği ve arkadaş desteği aralarındaki fark önemli bulunmuştur. Yapılan ileri analizde; aile desteğinin 4 veya daha fazla çocuğu olanlarda çocuğu olmayanlara göre ($p < 0.05$), arkadaş desteğinin çocuğu olmayanlarda ($p < 0.01$) 4 veya daha fazla çocuğu olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Ek Tablo 9, 10).

Meslek durumuna göre algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında, özel birinin desteği çalışmayanlarda emeklilere göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkında anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Ek Tablo 11).

Çalışma şekline göre algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında, hiç çalışmayan bireylerde, tam gün veya yarım gün çalışan bireylere göre aile desteğinin daha düşük olduğu belirlenmiş ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Ek Tablo 12).

Gelir durumuna göre algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında, aile desteğinin, arkadaş desteğinin ve algılanan sosyal destek düzeyinin aylık geliri çok iyi olanlarda, özel birinin desteğinin aylık geliri iyi olanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiş, fakat aradaki fark önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Yaşanılan yere göre algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında, arkadaş desteği, özel birinin desteği ve algılanan sosyal destek düzeyi Kayseri il merkezinde yaşayanlarda daha yüksek olduğu ancak aradaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Aile tipine göre algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında, yalnız yaşayanlarda arkadaş desteğinin geleneksel geniş ailede yaşayanlara göre, parçalanmış ailelerde özel birinin desteğinin geleneksel geniş ailede yaşayanlara göre yüksek olduğu ve bu gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$), (Ek Tablo 13, 14).

Sosyal güvence durumuna göre algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında, arkadaş desteğinin sosyal güvencesi olanlarda olmayanlara göre daha yüksek ve aradaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ($p < 0.01$).

Tablo 4.11. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=507)

Hastalığa İlişkin Özellikler	Aile Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Arkadaş Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Özel Birinin Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Toplam Sosyal Destek ($\bar{x} \pm SD$)
Diyaliz Tipi				
Hemodiyaliz	29.8 ± 18.7	21.8 ± 13.6	15.8 ± 8.6	54.24 ± 17.57
SAPD	46.6 ± 20.2	28.9 ± 14.7	20.9 ± 11.2	53.12 ± 20.08
t	0.6	1.7	0.2	0.6
p	p < 0.01**	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05
Hastalık Süresi (ay)				
12 ve ↓	23.1 ± 7.9	14.2 ± 8.5	13.0 ± 8.3	50.6 ± 18.3
13 – 24	22.8 ± 7.0	12.6 ± 8.6	12.7 ± 8.7	48.8 ± 18.3
25 – 36	25.8 ± 5.0	15.4 ± 8.5	13.6 ± 8.9	54.7 ± 17.0
37 – 48	24.9 ± 7.1	15.8 ± 9.6	16.5 ± 9.8	57.4 ± 21.6
49 – 60	25.8 ± 4.7	14.4 ± 8.9	15.1 ± 9.2	55.5 ± 18.3
61 – 72	24.1 ± 6.6	16.8 ± 7.3	10.7 ± 7.9	52.2 ± 17.2
73 – 84	26.8 ± 2.2	13.6 ± 7.8	12.7 ± 7.4	52.8 ± 11.8
85 – 96	23.5 ± 7.2	13.5 ± 9.4	15.3 ± 8.2	52.4 ± 9.5
97 ve ↑	24.8 ± 5.3	17.4 ± 9.0	16.0 ± 8.5	58.2 ± 17.8
KW	23.4	15.9	16.9	F = 2.14
P	P < 0.05	P > 0.05	P > 0.05	P < 0.05*

Tablo 4.11. Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devamı) (n=507)

Hastalığa İlişkin Özellikler	Aile Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Arkadaş Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Özel Birinin Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Sosyal Destek ($\bar{x} \pm SD$)
Hemodiyaliz/SAPD süresi (ay)				
12 ve ↓	23.7 ± 7.3	14.4 ± 8.5	13.5 ± 8.3	52.0 ± 18.2
13 – 24	23.0 ± 6.7	12.9 ± 8.4	12.2 ± 8.7	48.5 ± 17.7
25 – 36	26.1 ± 4.9	15.8 ± 8.8	14.2 ± 9.4	56.1 ± 17.7
37 – 48	25.3 ± 6.3	16.5 ± 8.9	15.6 ± 9.5	57.6 ± 20.4
49 – 60	25.1 ± 6.4	15.0 ± 9.5	15.3 ± 9.3	55.6 ± 19.7
61 – 72	24.9 ± 5.4	15.5 ± 7.0	13.9 ± 9.0	54.4 ± 17.2
73 – 84	26.8 ± 2.2	12.5 ± 8.5	11.8 ± 7.5	51.1 ± 11.4
85 – 96	24.2 ± 7.0	10.0 ± 8.0	12.0 ± 8.6	46.2 ± 17.0
97 ve ↑	24.5 ± 6.3	19.0 ± 8.7	17.2 ± 7.7	60.5 ± 16.8
KW	26.2	24.6	15.6	F = 2.94
p	P < 0.05*	P < 0.05*	P > 0.05	P < 0.05*
Haftada Uygulanan Hemodiyaliz Sayısı				
1 kez	23.5 ± 7.1	16.5 ± 9.0	16.6 ± 9.5	56.5 ± 20.5
2 kez	25.0 ± 4.7	14.6 ± 9.1	12.3 ± 8.1	52.3 ± 17.1
3 kez	24.3 ± 6.4	15.6 ± 8.5	14.3 ± 8.4	54.5 ± 17.5
X	1.0	0.6	2.6	1.1
p	p > 0.05	p > 0.05	p > 0.05	P > 0.05
Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumu				
Almış	24.6 ± 6.1	15.7 ± 8.7	14.3 ± 8.9	54.8 ± 18.2
Almamış	23.7 ± 7.2	11.8 ± 8.3	13.1 ± 8.3	49.3 ± 18.4
t	0.5	16.6	1.6	6.8
p	P > 0.05	p < 0.01**	P > 0.05	P > 0.05

Tablo 4.11’de bireylerin hastalığa ilişkin özelliklerine göre algıladıkları sosyal destek durumu yer almaktadır.

Diyaliz tipine göre algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında, aile desteği, arkadaş desteği, özel birinin desteği ve algılanan sosyal desteğin SAPD hastalarında hemodiyaliz hastalarına göre daha yüksek olduğu ve aile desteğinde bu farkın önemli olduğu saptanmıştır (p <0.01).

Hastalık süresine göre algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında, aile desteği ve algılanan sosyal destek yönünden farkın önemli olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analiz sonucu 97 ay ve daha uzun süredir kronik böbrek hastalığı olan bireylerde hem aile desteğinin hem de algılanan sosyal desteğin 13 – 24 ay kronik böbrek hastalığı olan bireylere göre önemli düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Ek Tablo 15, 16).

Diyaliz süresine göre algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında, aile desteği, arkadaş desteği ve algılanan sosyal destek açısından farkın önemli olduğu saptanmıştır. Aile desteğinin 73 – 84 aydır diyaliz tedavisi gören bireylerde, 13 – 24 ve 25 – 36 aydır diyaliz tedavisi gören bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Ek Tablo 17). Arkadaş desteğinin 97 ay ve daha uzun süredir diyaliz tedavisi gören bireylerde, 85 – 96 aydır diyaliz tedavisi alan bireylere göre ve algılanan sosyal desteğin 97 ay ve daha uzun süredir diyaliz tedavisi gören bireylerde, 25 – 36, 37 – 48 ve 85 – 96 aydır diyaliz tedavisi alan bireylere göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Ek Tablo 18, 19).

Hastalığa ilişkin eğitim alan bireylerde aile desteği, arkadaş desteği, özel birinin desteği ve algılanan sosyal desteğin daha yüksek olduğu, arkadaş desteği yönünden aradaki farkın önemli ($p < 0.01$), diğerlerinde ise önemsiz olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.12. Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Hastalığı Süresince Yaşadığı Fiziksel ve Ruhsal Sorunlara Göre Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n= 353)

	Aile Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Arkadaş Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Özel Birinin Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Sosyal Destek ($\bar{x} \pm SD$)
Fiziksel Sorun Yaşama Durumu				
Yaşayan	24.2± 6.4	15.3 ± 8.5	14.1 ± 8.4	53.9 ± 17.8
Yaşamayan	25.0 ± 5.7	16.2 ± 8.7	14.0 ± 8.7	55.4 ± 16.3
t	0.9	0.8	0.5	0.6
p	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$
Ruhsal Sorun Yaşama Durumu				
Yaşayan	24.3± 6.2	15.2 ± 8.4	13.9 ± 8.2	53.7 ± 17.2
Yaşamayan	24.6 ± 6.4	16.4 ± 9.1	14.6 ± 9.0	55.8 ± 18.4
t	24.6 ± 6.4	16.4 ± 9.1	14.6 ± 9.0	55.8 ± 18.4
p	0.3	1.1	0.7	0.9
	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$

Aile desteği, arkadaş desteği ve algılanan toplam sosyal desteğin fiziksel ve ruhsal sorun yaşamayan hemodiyaliz hastalarında daha yüksek olduğu ancak, aradaki farkın önemli olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. SAPD Uygulanan Bireylerin Hastalığı Süresince Yaşadığı Fiziksel ve Ruhsal Sorunlara Göre Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı ($n = 154$)

	Aile Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Arkadaş Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Özel Birinin Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Sosyal Destek ($\bar{x} \pm SD$)
Fiziksel Sorun Yaşama Durumu				
Yaşayan	24.7 \pm 6.2	13.4 \pm 8.8	13.6 \pm 9.4	51.9 \pm 18.9
Yaşamayan	24.9 \pm 7.5	16.3 \pm 10.3	17.6 \pm 10.5	58.4 \pm 24.3
t	0.1	0.1	1.9	1.5
p	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$
Ruhsal Sorun Yaşama Durumu				
Yaşayan	25.0 \pm 5.8	13.4 \pm 8.9	13.1 \pm 9.4	51.8 \pm 18.6
Yaşamayan	24.3 \pm 7.5	16.4 \pm 9.7	18.3 \pm 9.8	58.7 \pm 22.8
t	0.5	2.8	1.7	1.8
p	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$

Tablo 4.13’de SAPD uygulanan bireylerin hastalığı süresince yaşadığı fiziksel ve ruhsal sorunlara göre algıladıkları sosyal destek durumu yer almaktadır.

Arkadaş desteği, özel birinin desteği ve algılanan sosyal destek fiziksel / ruhsal sorun yaşamayan SAPD hastalarında daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkında önemsiz olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.14. Bireylerin Önerilen İlaç Tedavisi ve Diyete Uyuma Durumlarına Göre Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n= 507)

	Aile Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Arkadaş Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Özel Birinin Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Sosyal Destek ($\bar{x} \pm SD$)
İlaç Tedavisine Uyuma Durumu				
Uyan	24.9 ± 5.7	16.1 ± 8.8	14.6 ± 8.8	55.9 ± 17.9
Uymayan	23.4 ± 7.5	12.5 ± 8.3	12.9 ± 8.7	49.0 ± 18.4
t	2.2	4.2	2.0	3.9
p	P < 0.01**	P > 0.05	P > 0.05	P > 0.05
Diyete Uyuma Durumu				
Uyan				
Uymayan	24.6 ± 6.4	15.8 ± 8.6	15.3 ± 8.9	55.9 ± 18.2
t	24.4 ± 6.3	14.3 ± 8.9	13.2 ± 8.6	52.2 ± 18.2
p	0.2	1.9	2.6	2.3
	P > 0.05	P > 0.05	P > 0.05	P > 0.05

Tablo 4.14'de ilaç tedavisi ve diyete uyan diyaliz hastalarında uymayan hastalara göre aile desteği, arkadaş desteği, özel birinin desteği ve algılanan sosyal desteğin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

İlaç tedavisine uyum ile aile desteği arasındaki ilişki önemli bulunurken ($p < 0.01$), diyete uyma durumu ile algılanan aile, arkadaş, özel biri ve toplam sosyal destek durumları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 4.13).

Tablo 4.15. Bireylerin İhtiyaçlarını Kendi Kendine Karşılabilme Durumuna Göre Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Dağılımı (n= 507)

İhtiyacını Karşılama Durumu	Aile Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Arkadaş Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Özel Birinin Desteği ($\bar{x} \pm SD$)	Sosyal Destek ($\bar{x} \pm SD$)
Karşılabilen	24.7 ± 6.0	16.1 ± 8.7	14.9 ± 8.9	55.8 ± 18.2
Kısmen karşılabilen	24.4 ± 6.2	11.9 ± 8.1	12.3 ± 8.2	49.1 ± 16.9
Karşılabilmeyen	23.0 ± 8.5	10.0 ± 7.8	10.2 ± 7.7	43.1 ± 16.5
KW	0.2	31.8	17.8	24.6
p	P > 0.05	p < 0.01**	p < 0.01**	p < 0.01**

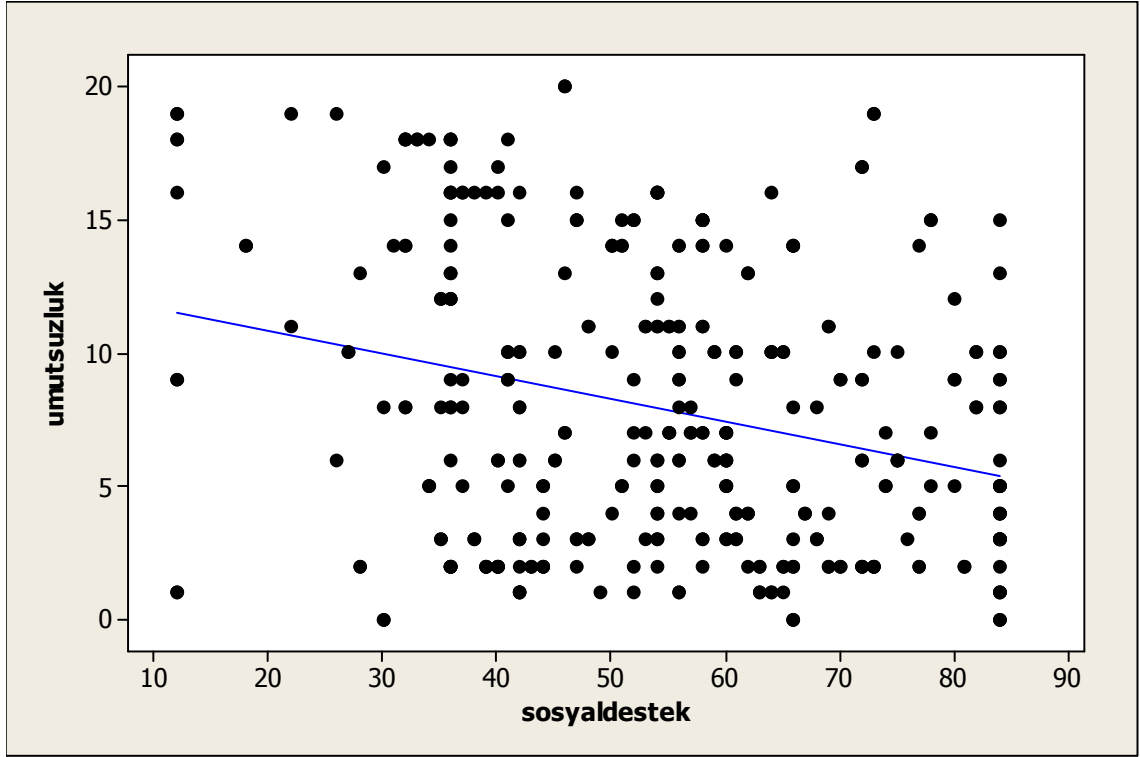
Tablo 4.15’de hastaların ihtiyaçlarını kendi kendine karşılayabilme durumuna göre algıladıkları sosyal destek durumları yer almaktadır.

İhtiyacını kendisi karşılayabilen bireylerde arkadaş desteği, özel birinin desteği ve algılanan toplam sosyal desteğin ihtiyacını karşılayamayan bireylere göre önemli derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.01$) (Ek Tablo 20, 21, 22).

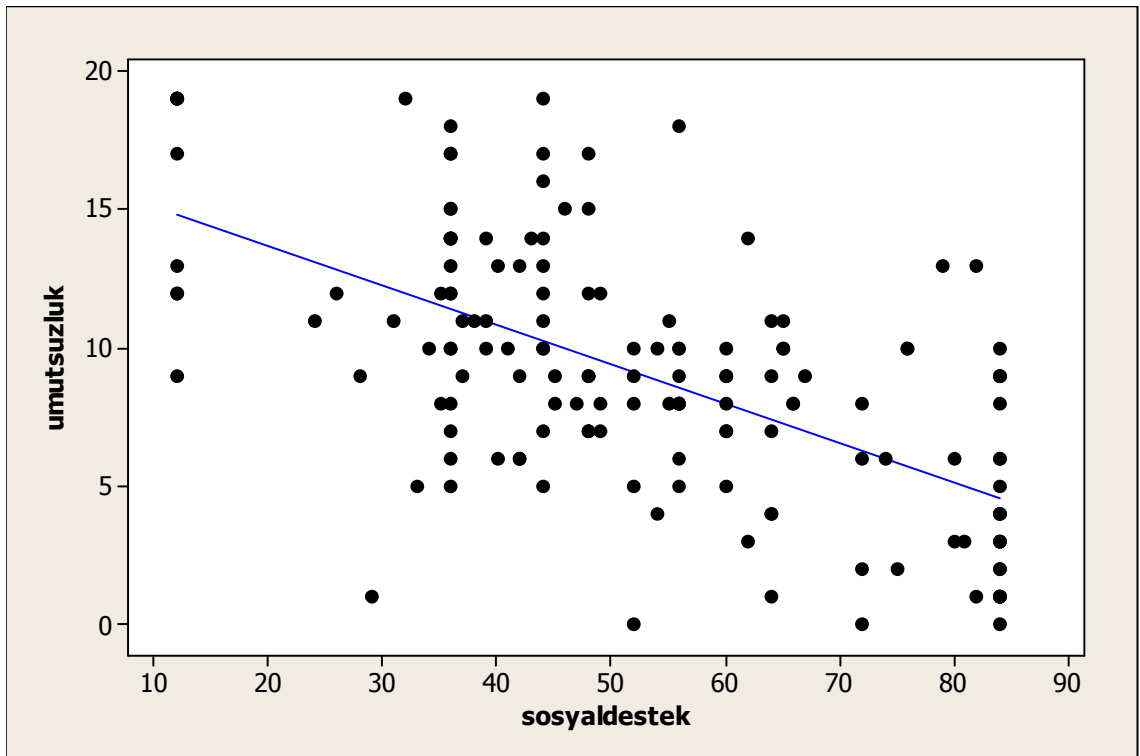
Tablo 4.16. Hemodiyaliz ve SAPD Tedavisi Alan Bireylerde Umutsuzluk ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki

Sosyal Destek	Umutsuzluk	
	r	p
Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek Alt Grupları (n= 353)		
Aile Desteği	- 0.250	< 0.001**
Arkadaş Desteği	- 0.167	< 0.001***
Özel Birinin Desteği	- 0.127	< 0.001**
Sosyal Destek	- 0.247	< 0.001***
SAPD Hastalarında Sosyal Destek Alt Grupları (n= 154)		
Aile Desteği	- 0.357	< 0.001***
Arkadaş Desteği	- 0.506	< 0.001***
Özel Birinin Desteği	- 0.524	< 0.001***
Sosyal Destek	- 0.591	< 0.001***

Tablo 4.16’da hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarının algıladıkları sosyal destek ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişki görülmektedir. Hastaların algılanan sosyal destek faktörleri ve umutsuzluk durumları arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Hemodiyaliz hastalarında bu ilişki zayıf derecede iken ($r = - 0.247$), SAPD hastalarında iyi derecede ($r = -0.591$) olduğu belirlenmiştir. Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi alan bireylerin aile, özel biri, arkadaş desteği ve algıladıkları total sosyal destek düzeyleri arttıkça umutsuzluk düzeyleri azalmaktadır ($p < 0.001$) (Grafik 4.1, 4.2).



Grafik 4.1. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Umutsuzluk ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki



Grafik 4.2. SAPD Tedavisi Alan Bireylerde Umutsuzluk ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Kronik böbrek hastalığı; tıbbi tedavide yol açtığı güçlükler, tedavi süresinin uzun olması, prognozun kötü olması, sürekli ölüm korkusu ile birlikte, hastaların yaşadıkları fiziksel - ruhsal rahatsızlıklar gibi etkenlerden dolayı karmaşık ve bireyleri çok yönlü etkileyen bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (13, 20, 22).

Amerika Birleşik Devletler veri sistemine (USRDS) göre (59, 93); KBY'nin erkeklerde bayanlara göre 1.8 kat daha fazla görüldüğü, 65 yaş altında diyalize başlama yaşının her geçen yıl arttığı belirtilmektedir. TND verilerine göre ise ülkemizde diyalize girenlerin % 57'sinin erkek ve diyalize başlama yaşının 60 yaşından küçük bireylerde daha yaygın olduğu görülmüştür (95). KBY'ne neden olan hastalıkların başında Diabet Mellitus, Hipertansiyon ve Glomerüleneftit'in yer aldığı ve en sık rastlanan renal replasman tedavi yönteminin hemodiyaliz olduğu gösterilmektedir (93, 94, 95). Bu çalışmada da bireylerin % 26.8'inin 50 – 59 yaş grubunda, % 52.9'unun erkek, % 25,8'inin primer hastalığının Hipertansiyon olduğu ve % 69.6'sının da hemodiyaliz ile tedavi edildiği belirlenmiştir (Tablo 4.1, Tablo 4.2).

KBY yalnızca diyaliz ile tedavi edilmeyip, diyet ve ilaç tedavisi gibi bir takım kısıtlamaları da beraberinde getirmektedir. İlaç tedavisi ve diyet kısıtlamaları bireylerin hastalığa uyumunu zorlaştırmakta, bilgi gereksinimini artırmaktadır. Eğitimin, tedavi

sürecinin her aşamasında ve sonrasında diyaliz hastalarının yaşamını daha kaliteli sürdürmesine katkısı olacağı belirtilmektedir (32, 72, 96, 97). Hastaların %17,8'inin kronik böbrek hastalıklarına ilişkin eğitim almadığı, % 82.2'sinin eğitim aldığı, eğitim alanların ise % 41,3'ünün bu eğitimi doktordan, %26,9'u hemşireden aldığı saptanmıştır (Tablo 4.2). Sağlık eğitimi, hemşirenin rolleri arasında en önemli olanlarından birisidir. Özellikle KBY hastalığı olan bireylerde; hastalıkları ve diyaliz hakkında verilecek eğitim, bireyin hastalığı ile nasıl baş edebileceğini öğrenmesi açısından önemlidir (98 – 101). Çalışma sonucuna göre hastalığa ilişkin eğitim almayan bireylerde eğitim alanlara göre umutsuzluk puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).

KBY hastalarında önerilen ilaç ve diyet tedavisine uyum önem taşımaktadır. Yetersiz beslenme ve yetersiz diyaliz tedavisinin, hemodiyaliz hastalarında morbidite ve mortaliteyi artırdığını gösteren çalışmalar yapılmıştır (23, 96, 97, 103). Bu nedenle, hastaların beslenme durumunun yakından takip edilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması önem taşımaktadır. Sıvı kısıtlamasına uymayan KBY hastalarında konjestif kalp yetmezliğinin birincil ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir (104). Çalışma da bireylerin % 29.4'ünün ilaç tedavisine, %55.2'sinin önerilen diyet programına dikkat etmediği görülmektedir (Tablo 4.4). Ünlüoğlu ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada, bireylerin % 35'inin diyete, % 13'ünün ise ilaç tedavisine uyumda zorlandıkları bulunmuştur (97). Çalışmada diyete ve ilaç tedavisine uymayan diyaliz hastalarının umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9). İlaçlarını almama, randevuya gelmeme, diyet uygulamasına özen göstermeme, üzüntü-elem duygusunun artması, uyku bozuklukları, sosyal geri çekilme, çevreye ilginin azalması gibi umutsuzluk belirtileri, kronik hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir. Fiziksel durum kötüleştikçe umutsuzluk düzeyi de artmaktadır (48, 105, 106). Acaray ve Pınar'ın (107) hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada önerilen ilaç ve diyet tedavisine uyan hastaların yaşam kalitesinin, uymayanlara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın önemli olduğu bildirilmiştir. Önerilen ilaç ve diyet tedavisine uyum, semptomların verdiği sıkıntının daha az algılanmasına neden olarak bireyin yaşama bakışını olumlu yönde etkilediğini ve dolayısı ile umut düzeyini etkilediği düşünülmektedir.

Bireylerin cinsiyetleri ile BUÖ puanları karşılaştırıldığında kadınlarda, B.U.Ö. puanları erkeklere göre istatistiksel olarak önemli olmamakla birlikte daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Karabulutlu ve arkadaşlarının (74) yapmış oldukları çalışmada kadınların umutsuzluk düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu, aradaki farkında anlamlı olmadığı bulunmuştur. Çalışma sonucu ile araştırma bulgumuz benzerlik göstermektedir. Kadınların sorumluluklarının fazla olması, ekonomik özgürlüklerinin erkeklere oranla daha az olması, ev içinde sınırlandırılmaları, ev-çocuk-eş üçgeninde geleneksel rollerini devam ettirmek zorunda kalmaları, sosyal yaşamlarının kısıtlı, sosyal destek kaynaklarının yetersiz olması bu sonucu etkilediği bildirilmektedir (7, 74, 52, 108).

Bu çalışmada B.U.Ö. puanları ile yaş grupları karşılaştırıldığında 60 – 65 yaş grubundaki bireylerin B.U.Ö. puanları özellikle genç erişkinlere oranla önemli derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Yapılan bir çalışmada (107) yaş arttıkça tüm yaşam kalitesi alanlarında alınan puanlarının düştüğü belirtilmektedir. Hastalık süresi arttıkça; ilerleyen yaş ile beraber fiziksel yetersizliklerin, yorgunluğun meydana gelmesi, sosyal destek gereksiniminin artması, hastalık komplikasyonları ile baş edememe ve kronik bir hastalığa sahip olmanın verdiği olumsuz duygularla sürekli yüz yüze gelmenin bireylerin umut düzeylerini etkilediği belirtilmektedir (109 – 112).

Bireylerin eğitim düzeyleri ile B.U.Ö. puanları karşılaştırıldığında, okuma yazma bilmeyen bireylerde umutsuzluk düzeyi daha yüksek, yüksekokul / üniversite mezunlarında ise düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Hemodiyaliz hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada da (74) umutsuzluk puan ortalamasının okuma yazma bilmeyenlerde en yüksek, yüksek okul / üniversite mezunlarında ise düşük olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni olarak, üniversite mezunlarının, kendi özdenetimlerini sağlayabilmeleri, iş bulma olanaklarının daha fazla olması ve geleceğe ilişkin umutlarını gerçekleştirirmede, eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha şanslı oldukları gösterilmektedir (43, 74, 107, 112) .

Bireylerin medeni durumlarına göre B.U.Ö. puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın, evlilerde umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Evlilerin sorumluluklarının ve geleceğe yönelik kaygılarının daha fazla olmasından ötürü umutsuzluk düzeylerinin yüksek olabileceği bildirilmektedir (71).

Meslek gruplarına ve çalışma şekline göre B.U.Ö. puanları incelendiğinde emekli olan ve hiç çalışmayan bireylerde umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Tan ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada da (80) benzer şekilde yüksek okul mezunu ve serbest meslekle uğraşan hastalarda umutsuzluk düzeyi en düşük iken, okuryazar olmayanlarda ve ev hanımlarında en yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diyalizde geçirilen sürenin uzun olması, fiziksel yakınmalar ve ruhsal sorunlar yaşanması nedeni ile iş verimi düşmekte, bu durum ise hastaların iş kayıpları yaşamalarına neden olmaktadır (61, 87). Ayrıca, diyaliz tedavisi alan bireylerde işini kaybetme olgusu veya korkusu; anksiyete, umutsuzluk, depresyon hatta intihar gibi yaşam süresini kısaltan ciddi sağlık sorunlarına zemin hazırlamaktadır (7, 22, 114).

Aylık gelir durumuna göre B.U.Ö. puanları karşılaştırıldığında ise, gelir düzeyi kötü olan hastaların umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.6). Yapılan bir çalışmada (58) gelir durumu düşük olan hemodiyaliz hastalarının depresyon ve anksiyete puanlarının geliri yüksek olan bireylere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine başka bir çalışmada (107) geliri giderini karşılayanların, yaşam kalitesinin karşılayamayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma bu bulguları desteklemektedir. Bunun nedeninin, kronik bir rahatsızlığa sahip olmanın ekstra giderlere sebep olması ve iş kaybı nedeni ile bu giderlerin karşılanamaması olabileceği söylenebilir.

Kayseri dışındaki illerden diyaliz tedavisi almaya gelen bireylerin B.U.Ö. puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Küçük yerleşim birimlerinde kapsamlı sağlık kuruluşları olmadığı için büyük şehirlere gitmek zorunda kalan hastalar, konaklama ve ekonomik sorunlar nedeniyle sorun yaşamakta ve bu durumunda bireyin psikolojisini olumsuz etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Parçalanmış aileye mensup bireylerin B.U.Ö. puanları istatistiksel olarak önemli olmamakla birlikte daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Bu sonuca göre, yalnızca aile içindeki değil, aile dışındaki sosyal ilişkilerin de kişilerin psikolojik durumlarını önemli derecede etkileyerek; çaresizlik ve umutsuzluk duygusunu azalttığı ve sorunlarla başa çıkma konusunda kendine olan güvenini artırdığı belirtilmektedir (114, 115).

SAPD hastalarının hemodiyaliz hastalarına göre psikolojik ve sosyal yönlerden daha uyumlu oldukları bildiren çalışmalar vardır (25, 56, 99). Literatüre göre hemodiyaliz, periton diyalizi ve transplantasyon tedavi seçenekleri karşılaştırıldığında; periton diyalizinin hemodiyalizden daha az, transplantasyondan ise daha çok psikiyatrik sorunlara neden olduğu bildirilmektedir (57, 100, 135). Erengin ve arkadaşlarının çalışmasında (121), hemodiyaliz hastalarında depresyon ve sürekli kaygı düzeyinin SAPD hastalarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada SAPD uygulanan hastaların umutsuzluk puan ortalamasının, hemodiyaliz uygulanan hastaların umutsuzluk puan ortalamasına göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7). SAPD'nin zaman alıcı bir işlem olması, çoğunlukla evde uygulanabilmesi, torba değişimi yapmanın özgürlüklerini kısıtlaması, bireyin daha fazla sorumluluk alması, ciddi komplikasyonlarının yaşam süresini kısaltması ve uzun dönemde pahalı bir tedavi yöntemi olması gibi unsurlar bu sonucu etkilemiş olabilir.

Hastalık süresi ve diyaliz süresi umutsuzluk düzeyi üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmazken, 13 – 24 aydır kronik böbrek hastalığı bulunan ve yine 13 – 24 aydır diyaliz tedavisi alan hastaların umutsuzluk puan ortalaması oldukça yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7). Diyaliz tedavisine başlanıldığı ilk yıllarda hastalar çoğunlukla kronik hastalığın fiziksel ve ruhsal komplikasyonları ile iç içedirler ve yaşamlarının tehdit altında olduğu endişesi yaygındır. KBY'de tedavinin ilk yıllarının diyalize başlayan hastalar için bir uyum dönemi olduğu ve bu dönemde hastaların yeni bir tedavi biçimine alışmaya ve yaşamını bu tedavi biçimine göre düzenlemeye çalıştıkları belirtilmektedir (32, 67, 106). Bu nedenle kişinin tedavi sürecinin ilk zamanlarında gerginlik, umutsuzluk gibi ruhsal sıkıntılar yaşadığı düşünülebilir.

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde fiziksel ve ruhsal sorun yaşayan ve komplikasyon gelişenlerde umutsuzluk puan ortalaması sorun yaşamayan ve komplikasyon gelişmeyenlere göre yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6, Tablo 4.8). Salihoğlu, çalışmasında (57) hemodiyalize giren hastaların karşılaştığı fiziksel ve ruhsal sorunların, onlarda sürekli bir anksiyete yarattığını ve bu anksiyetenin hasta diyalize girdiği zaman veya komplikasyon ortaya çıktığı zaman daha da arttığını bildirmiştir. Bu hastalarda fiziksel ve ruhsal sorunların yaygın olması ve gelişen komplikasyonların

işlevselliği bozması nedeni ile bireylerin ruhsal yönden destek alması önem taşımaktadır (61).

SAPD uygulanan bireylerin hastalığı süresince yaşadığı fiziksel ve ruhsal sorunların umutsuzluk düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanırken, umutsuzluk puan ortalamasının sorun yaşayan bireylerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8). Erengin ve arkadaşlarının çalışmasında (121); bedensel ve ruhsal sorunları olan hastalarda yeti yitiminin daha fazla olduğu, anksiyete, kaygı ve depresyon puan ortalamalarının bu bireylerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşanılan sorunlara uyumu kolaylaştırmak için; hastanın günlük yaşamını sürdürebilmesini desteklemek, sosyal işlevselliğinin (iş, öğrenim vb) hastalık nedeniyle aksamasını önlemek, hastalığa karşı gelişen doğal duygusal tepkilerin ifade edilip anlaşılmasına çalışmak, umutsuzluk, değersizlik ve suçluluk düşüncelerini denetlemek yararlı olmaktadır. (61).

İhtiyacını kendisi karşılayamayan bireylerin B.U.Ö. puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7). Yapılan bir çalışmada (85); tedavi, tedavi ekibi ve aile üyelerine bağımlı olma, yardıma ihtiyaç duyma ve kontrolü kaybetme duygusunun bireylerde anksiyete, umutsuzluk, depresyona neden olduğu belirtilmektedir. Bireylerin ihtiyaçlarını karşılayamaması yaşamını olumsuz yönde etkileyerek, kaygı ve endişelerini artırarak yaşam dengesini ve dolayısıyla üretkenliğini bozmaktadır. Bu durum bireyde umutsuzluk duygusunun yaşanmasına neden olabilir. İhtiyacını karşılayamayan bireylerin en çok ailelerinden destek aldığı bildirilmektedir (49, 78, 113). Bu nedenle sosyal destek, umutsuzluk duygusunu olumlu hale getirmede önem taşımaktadır.

Yüksek sosyal destek düzeyi diyaliz hastalarında anksiyete ve depresyona yatkınlığı azaltmakta, umut duygusunu, işlevselliği ve rehabilitasyonu artırmaktadır (122). Sosyal desteği etkileyen faktörlere bakıldığında; cinsiyetin önemli rol oynadığı gösterilmektedir. Sosyal destek ve cinsiyet farkını araştıran çalışmalarda (112, 123, 129) erkeklerin sosyalleşme sürecinde, otonomi, kendine güven ve bağımsızlığa önem verildiğine değinilerek, bu özelliğin sosyal desteğin gelişimini ve kullanımını engelleyebileceği belirtilmiştir. Bu çalışmada, kadınlarda algılanan sosyal destek düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9). Birçok erkek hasta için evde daha fazla yaşama ve ev içi ilişkilerde daha fazla meşgul olma zorunluluğu kaygı yaratabilir. Erkek hastalarda iş ve ev dışı rol ve etkinliklerde

azalma, kadın hastalara kıyasla, daha fazla ölçüde genel bir yetersizlik duygusuna yol açmaktadır. Bunun için sosyal desteğin artırılmasının yanında, değer yargılarının uyumlu hale getirilmesine dönük açıklama ve girişimler gereklidir. Erkek rolüne özgü özelliklerin, kişinin sorunları hakkında açıklama yapmasını ve bu sorunlar için yardım istemesini güçleştirdiği öne sürülmektedir. Öte yandan kadınların genellikle sıcak, duyarlı oldukları ve sorunlarını başkalarıyla paylaştıkları için sosyal destek kaynaklarını daha rahat kullandıkları belirtilmektedir (84 – 86, 123).

Yaş gruplarına göre algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında, aile desteği yönünden farkın önemli olmadığı, arkadaş, özel birinin desteği ve algılanan sosyal desteğin 20–29 ve 30–39 yaş grupları arasında önemli derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.10). Sosyal destek düzeyinin yaşa göre değişiklik gösterebileceği bildirilmektedir. Yapılan bir çalışmada (124) KOAH'lı bireylerin yaşları ile sosyal ağın yapısal özellikleri karşılaştırılmış, yaş ilerledikçe sosyal ağın küçüldüğü, sırdaş sayısının azaldığı belirlenmiştir.

Bireylerin eğitim düzeyleri ile ÇBASDÖ puanları incelendiğinde, okuma yazma bilmeyenlerde aile desteği, ortaokul mezunlarında arkadaş desteği, üniversite/yüksekokul mezunlarında özel birinin desteği ve algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu, aradaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.10). Eğitim düzeyi yükseldikçe, aileler arası yaşam tarzı farklılığı görülme oranı artmakta ve buna bağlı bireylerin aldığı destek faktörleri değişkenlik göstermektedir (114, 115).

Çocuk sayısına göre algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında, 4 veya daha fazla çocuğu olanlarda aile desteği, çocuğu olmayanlarda arkadaş desteği yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10). Çocuğu olanlarda aile bağları, eş ve çocuk desteğinin olması sosyal desteği artırıcı faktör olarak değerlendirilebilir. Çocuğu olmayan kişiler bu desteği kendisine yakın buldukları arkadaşlarından temin edebilirler. Çalışmamızda aile desteğinin geleneksel geniş ailede, arkadaş desteğinin yalnız yaşayanlarda, özel birinin desteğinin parçalanmış ailelerde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10). Hemodiyaliz hastalarının ailesel ilişkilerinin inceleyen bir çalışmada da (101), geniş ailede yaşayanların tek başına yaşayanlara oranla sosyal desteklerinin daha fazla olduğu bulunmuştur.

Meslek durumuna göre ÇBASDÖ puanları incelendiğinde; arkadaş, aile desteği ve algılanan sosyal destek düzeyi herhangi bir işte çalışanlarda daha yüksek olmasına karşın, aradaki fark anlamlı değildir (Tablo 4.10). Kahraman ve arkadaşlarının çalışmasında (114), arkadaş, aile ve algılanan sosyal desteğin çalışan bireylerde çalışmayan ve emekli bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bir işte çalışmanın bireye saygınlık kazandırması, sosyal çevre ile etkileşim kurması ve toplumda itibar görmesini sağlaması gibi sosyal anlamda birçok katkısından söz etmek mümkündür. Çalışma bireyin kendisine ve ailesine sosyal statü sağlar ve bu statü bireyin yaşamını düzenler. Herhangi bir işte çalışmak, bireylerin rehabilitasyon sürecine engel olacak ekonomik ve sosyal güçlükleri ile baş etmesine ve dolayısı ile aile, toplum ve iş hayatına uyumunun sağlanmasına katkıda bulunur. Bu nedenle bireylerin iş hayatı süresince gerek ailesel gerekse toplumsal açıdan desteklenmesi oldukça önemli bir faktördür (22).

Gelir durumuna göre ÇBASDÖ puanları incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın, aile desteği, arkadaş desteği ve algılanan sosyal destek düzeyinin aylık geliri çok iyi olanlarda, aylık geliri kötü ve orta olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10). Durna ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (125); gelir durumlarını “muhtaç durumdayım” şeklinde ifade edenlerin, gelir durumunu orta derecede iyi ve iyi olanlara göre daha az sosyal desteğe sahip olduklarını belirtmişlerdir. Araştırma sonucu bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir. Bunun nedeni; sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bireylerin kronik bir hastalığa ve beraberinde getirdiği sorunlara karşı daha çok destek kaynaklarına ihtiyaç duymaları olabilir.

Yaşanılan yere göre algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında, aile desteği Kayseri il merkezi, Kayseri'ye bağlı ilçe, köy ve beldelerinde yaşayan bireylerde eşit iken, arkadaş, özel birinin desteği ve algılanan sosyal destek düzeyi Kayseri il merkezinde yaşayanlarda daha yüksek olduğu ve aradaki farkında istatistiksel önem taşımadığı belirlenmiştir (Tablo 4.10). KOAH'lı bireylerde yapılan bir araştırmaya göre (124) köyde yaşayan bireylerin sosyal ağdaki aile birey sayısının fazla olduğu tespit edilmiştir. Ancak literatür bilgilerine göre sosyal destek sağlamada ilişkide bulunan kişi sayısından çok, ilişkinin niteliğinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (28, 76, 126).

Diyaliz tipine göre algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında, aile desteği yönünden farkın önemli olduğu, aile desteğinin SAPD hastalarında daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11). KBY, bir aile hastalığı olarak görülmektedir. Bu tanım özellikle periton diyalizi hastaları için daha belirgin bir tanımlamadır. Çünkü periton diyalizi ev ortamında yapılmakta, aile üyelerinden biri diyaliz partneri olarak davranmakta ve o birey de diyalizle ilgili bütün sorunlardan etkilenmektedir. Aile üyeleri sürekli rol değişimi yaşarken, karşılaştıkları sorunların üstesinden beraber gelmektedirler (102, 76, 128). Bu nedenle aile desteği SAPD hastalarında daha çok algılanabilir.

Hemodiyaliz / SAPD tedavi süresine göre algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında; aile desteği, arkadaş desteği ve algılanan sosyal destek yönünden farkın önemli olduğu görülmüştür. 73 – 84 aydır diyaliz tedavisi gören bireylerde aile desteği, 97 ay ve daha uzun süredir diyaliz tedavisi gören bireylerde arkadaş desteği ve algılanan sosyal desteğin önemli derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.11).

Hastalık süresine göre algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında, 97 ay ve daha uzun süredir diyaliz tedavisi gören bireylerde aile desteği ve algılanan sosyal desteğin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.11). Diyaliz süresi ve hastalık süresi uzadıkça hem hastanın kendisi hem de yakınları hastalığın ve diyalizin neden olduğu stres faktörleriyle daha uzun süre karşı karşıya kalmaktadırlar. Ancak içinde buldukları durum geçici olmadığı için diyaliz ünitelerindeki kısıtlayıcı yaşam tarzına uyum sağlamak zorunda kalmaktadırlar. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde bireyin ailesinden veya yakın çevresinden destek görmesi, sosyal çevre ile paylaşımların giderek artmasının, sorunların çözümünü ve mevcut durumu daha kolay algılamasını başarmaya yardımcı olduğundan bahsedilmektedir (84 – 86, 123, 129).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde, aile desteği, arkadaş desteği ve algılanan toplam sosyal desteğin fiziksel ve ruhsal sorun yaşamayanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12). Yapılan bir çalışmaya göre (124) sosyal destek düzeyi yüksek olan bireylerin çok stresli olaylar karşısında bile psikolojik ya da fiziksel sağlıklarının bozulma olasılığının düşük olduğu öne sürülmektedir. Sosyal desteğin sevgi, şevkat, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel gereksinimleri karşılayarak fizik ve ruhsal sağlık oluşu doğrudan olumlu bir biçimde etkilediğinden söz edilmektedir (129). Bu sonuçlara göre; aile desteği yüksek olan bireylerin hastalığa ve

yaşanılan sorunlara daha kolay uyum sağladığı ve bağımlılık hissini daha az yaşadığı ifade edilebilir.

SAPD tedavisi alan bireylerde fiziksel ve ruhsal sorun yaşayanlarda aile desteğinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13). Literatürde ailenin yaşam güçlükleri ve karşılaşılan sorunlarla başa çıkmada kişinin en önemli destek faktörü olduğu belirtilmektedir (76, 86, 118).

Bireylerin önerilen ilaç tedavisine uyma durumlarına göre algıladıkları sosyal destek durumu karşılaştırıldığında, aile desteğinin ilaç tedavisine uyan bireylerde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların önerilen diyetine uyma durumlarına göre ÇBASDÖ puanları incelendiğinde, aile, arkadaş, özel birinin desteği ve algılanan toplam sosyal desteğin diyetine uyan bireylerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14). SAPD hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada (85) sosyal desteği yüksek olan bireylerin, sıvı ve diyet kısıtlamalarına daha uyumlu oldukları vurgulanmıştır. Sosyal desteğin, hastalık süresince gerek duyulan ilaç miktarını azalttığı, iyileşmeyi hızlandırdığı, tıbbi tedavi ve diyetine uyumu kolaylaştırdığı kabul edilmektedir (84, 85, 123).

Hastaların bireysel ihtiyaçlarını kendi kendine karşılama durumuna göre algıladıkları sosyal destek durumları karşılaştırıldığında, arkadaş desteği, özel birinin desteği ve algılanan toplam sosyal desteğin ihtiyacı karşılayamayan bireylerde önemli derecede düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15). Çalışmalarda, desteğe ihtiyacı olan kişilere bakım vermenin, bakımı sağlayan kişiler üzerinde yaratabileceği yük ve strese dikkat çekilmekte ve uzun süre destek veren kişinin (anne, baba, çocuk, eş gibi) duygusal açıdan tükenebileceğini belirtilmektedir (112, 130, 131). Hacımusalar'ın, hasta yakınlarıyla yaptığı çalışmada destek veren bireylerin fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönde olumsuz etkilendiği ve etkilenenlerin daha çok kadınlar olduğu saptanmıştır (132).

Bu çalışmada hemodiyaliz ve SAPD tedavisi alan bireylerin sosyal destek faktörleri ve umutsuzluk durumları arasında negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.16). Bireylerin algıladıkları sosyal destek düştükçe umutsuzluk düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (Grafik 4.1, 4.2) Literatürde (78, 114, 133) sosyal desteğin, bireye sağlıklı baş etme kazandırdığı, umutsuzluk duygusunu ve depresyonu azalttığı, stres

dönemlerinde kişisel yeterliliği artırdığı, duygusal denge sağladığı, yaşam doyumu ve psikolojik iyilik hali kazandırdığından bahsedilmektedir.

Yapılan çalışmalarda (77, 78, 111, 114, 115) hemodiyalize giren hastaların, depresyon puanları ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sosyal desteği yüksek olan bireylerin depresyon puan ortalamasının daha az olduğu bulunmuştur.

Myokard Enfarktüsü geçiren bireylerde yapılan diğer bir araştırmada, algılanan sosyal desteğin yüksek olmasının hastanın umut düzeyini artırdığı ve Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde kalış süresini kısalttığı saptanmıştır (131).

Kanserli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada kişilerin sahip oldukları sosyal desteğin, bireylerin umudunu artırdığı ve hastalıklarına daha kolay psikolojik uyum gösterdikleri belirtilmiştir (80).

Araştırma sonuçları; bizim çalışmamızda elde edilen “sosyal desteğin bireylerde umut duygusunu olumlu yönde etkilediği” bulgusunu destekler niteliktedir.

Araştırma bulgularının incelenmesi ile;

- 60 – 65 yaş grubunda, 4 veya daha fazla çocuğa sahip, SAPD ile tedavi edilen, hastalığa ilişkin fiziksel sorun yaşayan, ilaç tedavisine uymayan bireylerde umutsuzluk puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- 20 – 29 yaş grubunda, Üniversite mezunlarında, bekârlarda, SAPD ile tedavi edilenlerde, 97 ay ve daha fazla süredir kronik hastalığı bulunanlarda, hastalığa ilişkin fiziksel – ruhsal sorun yaşamayanlarda, ihtiyacını karşılayabilen bireylerde algılanan sosyal desteğin daha yüksek olduğu,
- Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde umutsuzluk ve sosyal destek arasında zayıf derecede, SAPD tedavisi alan bireylerde umutsuzluk ve sosyal destek arasında iyi derecede negatif bir ilişki olduğu, algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeyinin azaldığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Kronik böbrek hastalığı olan bireylerde diyaliz tedavisine karar verildikten sonra, hasta ve ailesinin multidisipliner bir ekip tarafından biyopsikososyal yönden holistik görüş ile değerlendirilmesi,
- ✓ Hastaların umutsuzlukla baş edebilmelerine, uygun baş etme mekanizmaları geliştirmelerine ve sosyal destek ağlarını güçlendirmelerine yönelik eğitimlere ve çalışmalara yer verilmesi,
- ✓ Hemşirelerin umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerinin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, kişilik özellikleri, diyaliz türü gibi bireylere ait sosyodemografik özelliklerden etkilendiğinin farkında olması ve hasta hakkında bakımı planlarken, bu verilerden yararlanması,
- ✓ Diyaliz tedavisinin neden olduğu fiziksel, duygusal ve sosyal problemlerin bireylerde umutsuzluk düzeyini ve sosyal destek gereksinimini artırdığının hemşireler tarafından dikkate alınması,
- ✓ Özellikle SAPD ile tedavi edilen bireylere evde bakım hizmetlerinin artırılması,
- ✓ Sosyal destek sağlamak için gönüllü hizmet verenlerin katılımlarının teşvik edilmesi,
- ✓ Hastaların özel / resmi kurumlardan malulen emekli edilmeleri yerine yarım gün / belirli saatlerde çalışabilecekleri iş imkânlarının sağlanması,
- ✓ Diyaliz tedavisi alan bireylerin üretkenliğinin artırılması, benlik bilincinin desteklenmesi amacıyla bireyin uğraşı terapisine yönlendirilmesi,
- ✓ Diyaliz tedavisi alan bireylerin ruhsal sorunlarıyla baş etmelerine yardımcı olacak düzenlemelerin yapılması, Diyaliz ve Psikiyatri bölümü arasında sürekli ve dinamik bir ilişkinin kurulması ve Konsültasyon – Liyezon Psikiyatri hizmetlerinden yararlanılması,
- ✓ Diyaliz merkezlerinin hasta ve yakınları için sorun olabilecek (ulaşım, periyodik tıbbi kontrol, sosyal ve psikolojik destek hizmetleri, ilaç temini vb.) alanlarda hizmet vermesi önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

1. Akoğlu E, Süleymanlar G. Kronik Böbrek Yetmezliği. İçinde: İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S (editörler), Temel İç Hastalıkları, (1. cilt), Ankara, Güneş Kitabevi, 2003: 1298-1307
2. Barry M, Lazarus M.J. Chronic Renal Failure, Harrison's Principles of Internal Medicine 2003,1: 91-95
3. Akpolat A, Arık N. Kronik Böbrek Yetmezliği. İçinde: Akpolat A, Arık N. (editörler), Nefroloji El Kitabı, Ankara, Medikomat Basın Yayın San. Ve Tic. Ltd. Şt., 1996: 187 – 195
4. Açıkalin İ. İç Hastalıkları. İçinde: Açıkalin İ. (editör), Kronik Böbrek Hastalığı, Ankara (1. Baskı), Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 1998: 775 – 780
5. Yalçın AU, Akpolat T. Kronik Böbrek Yetmezliği. İçinde: Yalçın AU, Akpolat T. (editörler), Nefroloji, Ankara, 2000: 272 – 290
6. Odağ C. İntihar, Tanım – Kuram – Sağaltım. İzmir Psikiyatri Derneği, 1995: 10-25
7. Özgüven H, Soykan Ç, Haran S, Gençöz T. İntihar Girişiminde Depresyon ve Kaygı Belirtileri ile Problem Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Desteğin Önemi, Türk Psikiyatri Dergisi, 2003, 18: 1-11
8. Mir S. Diyaliz. Ege Üniv. Yayın Bürosu Ofset Atelyesi, İzmir 1990: 31- 35

9. Kılıç Y, Koluvaçık S. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Uygulanan Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi ve Hemşirelik Yaklaşımı, Lisans Bitirme Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Sivas 2000
10. Lipkin M JR. Psychiatry and Medicine. İçinde: Kaplan HI, Sadock BJ (eds); Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV, 4 nd ed, Baltimore 1985: 1263-1277
11. Fukunishi I, Kitaoka T, Shiari T et all (eds), Psychiatric Disorders Among Patients Undergoing Hemodialysis Therapy: Nephron, 2000: 344-347
12. Levy J, Morgan J, Brown E. Oxford Diyaliz El Kitabı (çev: Uslan İ.), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2004: 6-12
13. Akpolat T. Böbrek Yetmezliği El Kitabı, İstanbul, Deniz Ofset, 2004: 20-25
14. Arık N. Hemodiyaliz Hemşireliği Eğitim Kitapçıkları, İstanbul, 2002: 5-30
15. Çengel O. Hemodiyaliz'de Hastalıkta Etkin Mücadele Rehberi, Amerikan Milli Böbrek Vakfı Yayınları, İstanbul, 2003: 30-40
16. Erek E, Serdengeçti K, Ataman R, Dalmak S. Hemşireler İçin Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon, Türk Nefroloji Derneği Yayını, İstanbul, 2000: 17-32
17. Akoğlu E, Menteş ÇS, Tuğlular S, Kantarcı G, Koç M. Hemodiyaliz Hemşireliği El Kitabı, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2000: 13-26
18. Aydın D. Kanser Hastalarında Posttravmatik Stres Bozukluğu, Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas 2004
19. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları Hemşireliği. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul,2003: 193-211
20. Arık N. Nefroloji El Kitabı. Deniz Matbaacılık, İstanbul, 2001: 212-224
21. Beck, AT; Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Ster A. (eds), Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide, American Journal of Psychiatry, 2001: 190-195
22. Özçürümez G. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 2003; 14: 20-25
23. Yeşildağ O. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Üremi. Türk İlaç ve Tedavi Dergisi, 1991; 4 : 12 -17
24. Hakko M, Özer E, Kutlu H. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Renal Osteodistrofi. PTT Hastaneleri Tıp Dergisi, 1995; 17: 39- 44

25. Tuncay İC, Işıklar U, Tandoğan R, Yüçetürk A. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Ortopedik Sorunlar. İçinde: Tuncay İC, Işıklar U.(editörler), Diyaliz, Transplantasyon ve Yanık. Ankara, 1996: 12 – 17
26. Tunalı G, Neyal A. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Karpal Tunnel Sendromu. Erciyes Tıp Dergisi, 1990; 12: 402 – 412
27. [http:// www.tsn.org.tr/egcal_hem/](http://www.tsn.org.tr/egcal_hem/)(Erişim Tarihi: 14. 05. 2007)
28. Campbell JD, Campbell AR (eds), The Social and Economic Costs of End-Stage Renal Disease. N Engl J Med, 2003; 48: 261-269
29. Turgay M, Özkan S. Hemodiyaliz Hastalarında Stres Faktörleri ile Psikososyal Uyum İlişkisi. Türk Hemşire Dergisi 1992; 42(3): 16-21
30. Marcus A, Lawrence M. (eds), Medical Diagnosis – Treatment. Appleton / Lange, 1990: 610 – 614
31. Kıyak E. Hemodiyaliz Hastalarının Özbakım Gücünün Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 5 (1): 38 – 44
32. Entürk A, Tamam L, Levent B. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Uygulanan Tedavilerin Psikiyatrik Etkileri ve Tedavisi, ARV 2000; 9 (49): 49 – 65
33. Salehnia M. Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz Gören Hastalarda Psikiyatrik Değerlendirme, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, İstanbul 2000
34. Erek E, Serdengeçti K, Süleymanlar G. Türkiye’de Nefroloji – Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2002. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İstanbul, 2003: 1-28
35. Akpolat T, Utaş C. Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler. İçinde: Akpolat T, Utaş C. (editörler), Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. Kayseri, Anadolu Yayınları, 2001: 1-14
36. Dilek K, Akpolat T. Akut Böbrek Yetmezliği. İçinde: Akpolat T, Utaş C. (editörler), Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı. İstanbul, Güzel Sanatlar Matbaası, 2000: 21 – 28
37. Yürügen B. Hemodiyaliz Sonrasında Ortaya Çıkan Komplikasyonlar ve Hemşirelik Yaklaşımları. Hemşirelik Bülteni, 1994; 8 (32): 91 – 95
38. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 2003; 14 (1): 72 – 80
39. Gutman R.A, Stead WW, Robinson RR. (eds), Physical Activity and Employment Status of Patients on Maintenance Dialysis. NEJ med., 1981: 304-309

40. Fenn HH, Ochitill H. An Overview of Consultation- Liaison Psychiatry. İn: Fenn HH, Ochitill H (eds), Review of General Psychiatry. HH Goldmen . Appleton & Lange, 1988: 630-640
41. Mc Kegney FP, Gallagher RM. (eds), Consultation- Liaison Psychiatry in Subspeciality Medicine JB, Lippincott Company 1989: 4-5
42. Kaplan HI, Sadock BJ, Greeb JA. (eds), Psychological Factors Affecting Medical Condition. Williams & Wilkins, 1994: 776-777
43. Özgür B, Kürşat S, Aydemir A. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi İle Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirilmesi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2003 ;12 (2): 113-116
44. Taşçı S, Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1998
45. Levenson JL, Glocheski S. (eds), Psychological Factors Affecting End Stage Renal Disease. Psychosomatic Medicine, 1991,32(4): 382-387
46. Abram HS, Moore G, Westervelt FB Jr (eds), Suicidal Behavior in Chronic Dialysis Patients. Am J Psych 1971; 127(12): 1199-1204
47. Akdemir N. Kronik Hastalıklar. İçinde: Akdemir N, Birol L. (editörler), İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı. İstanbul, Vehbi Koç Vakfı, 2003: 193-200
48. Cimili C. Hemodiyalizin Psikiyatrik Yönleri. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 1994 ; 2 (3): 88 – 92
49. Şentürk A, Tamam L, Levent BA. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Uygulanan Tedavilerin Psikiyatrik Etkileri ve Tedavisi. Arşiv 2000; 9 (49): 49 – 67
50. Sağduyu A, Erten Y. Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Hastalarında Ruhsal Bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi, 1998; 9 (1): 13 – 22
51. Günay O. Aile ve Sağlık. İçinde: Öztürk Y, Günay O. (editörler), Aile Sağlığı El Kitabı. Kayseri, Erciyes Üniversitesi Matbaası, 1995: 1-6
52. Bayram G, Dilbaz N, Bitlis V, Polat H. İntihar Davramışı ile Depresyon, Ümitsizlik, İntihar Düşüncesi İlişkisi. Kriz Dergisi, 2000; 3(2): 223-225
53. Arınsoy T. Yaşlı Hastalarda Diyaliz. İçinde: Akpolat T, Ytaş C. (editörler), Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. Kayseri, Anadolu Yayıncılık, 2001: 125-146

54. Hussebye DG, Westlie L, Thomas JS et all. Psychological, Social and Somatic Prognostic İndicators in Old Patients Undergoing Long-term Dialysis. Archives of Internal Medicine 1987;147: 1921-1924
55. Çetin M, Vural A, Sürmeli BA , Söhmen, Ogetürk BA. Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikolojik Sorunlar, XXV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongre El Kitabı, ss 280 - 282, Mersin, 1989
56. Süleymanar G. Akut Böbrek Yetmezliği. İçinde: İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S (editörler), İç Hastalıkları (1. cilt), Ankara, Güneş Kitabevi, 2003: 1286-1297
57. Salihoğlu A, Kronik Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalarda Anksiyete. Uzmanlık Tezi, A. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 1980
58. Çelik H, Acar T. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Fırat Tıp Dergisi, 2007; 12 (1): 23 – 27
59. National İnstitute of Health. Atlas of End Steage Renal Disease. 2002 Annual Data Report. USDRS. American Journal of Kidney Disease 2003;41(2): 42-212
60. Erden C, Güleç N, Ak İ. ve ark. 26. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Yayınlar Kitabı. İçinde: Erden C, Güleç N, Ak İ. ve ark (editörler), Hemodiyaliz Hastalarında Psikiyatrik Semptomların Dağılımı, 2004: 205-208
61. Sağduyu A, Erten Y. Hemodiyalize Giren Böbrek Hastalarında Ruhsal Sorunlar. Türk Psikiyatri Dergisi, 1998; 9 (1):13 – 22,
62. Yalçın AU, Akpolat T. Kronik Böbrek Yetmezliği. İçinde: Akpolat T, Utaş C. (editörler) Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı. İstanbul, Güzel Sanatlar Matbaası, 2000: 11-20
63. Kimmel LP. Psychosocial Factors in Chronic Kidney Disease Patients. Seminars In Dialysis, 2005; 18 (2): 71–72.
64. Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirilmesi. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2003; 12 (2): 113 – 116
65. Kim JA, Lee YK, Huh W. Analysis of Depression in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients. J Korean Med. Sci, 2002; (17): 790 – 794
66. Kuo W, Gallo J, Eaton W. Hopelessness, Depression, Substance Disorder and Suicidality. Psychiatry Pschiatr Epidemiol, 2004; (39): 497 – 501
67. Tossani E, Cassano P, Favo M. Psychosocial Factors in Patients with Chronic Kidney Disease. Seminars in Dialysis, 2002; 18(2): 73-81

68. Kimura H, Ozaki N. Diagnosis and Treatment of Depression in Dialysis Patients. *Therapeutic Apheresis and Dialysis* 2003; 10 (4): 328–332.
69. Hong R, Gwee K, Karia M. The Role of Event-Specific Pessimistic Inferences in the Etiological Chain of Hopelessness Depression. *Department of Social Work and Psychology*, 2006; 8 (3): 65-86
70. Andrea P, Tore C, Personality Traits and the Development of Depression, Hopelessness, and Suicide İdeation. *Department of Psychology*, 2003; 5 (2): 15-20
71. Thomas E, Joiner Jr. Negative Attributional Style, Hopelessness Depression And Endogenous Depression. *Department of Psychology*, 1999; 6(4): 25-30
72. Carpenito LJ. *Handbook of Nursing Diagnosis* (Çev: Erdemir F.), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1999: 349 – 354
73. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara, 2004: 229 - 268
74. Karabulutlu E, Erdem E. Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2003 : 1303-5134
75. From E. Umut Devrimi. 2. Baskı, İstanbul , Payel Yayınevi 1995: 20 -30
76. Wicks MN, Milstead EJ. Family Caregivers'burden, Quality of Life, Health Following Patients Renal Transplantation, *J Transpl Coord*, 1998;8 (3): 170-176
77. Patel S, Rolf A, Peterson T, Paul L. The İmpact of Social Support on End- Stage Renal Disease. *Seminar in Dialysis*, 2005; 18(2): 98-102
78. Asti T, Karam İ, Erci B. The Experiences of Loneliness, Depression and Social Support of Turkish Patients with Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis and their Caregivers. *Journal of Clinical Nursing* April 2006; (15): 490-497
79. Tel H, Uzun S. İntihar Girişimi Nedeni ile Acil Servise Başvuran Hastaların Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Durumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003; (4): 151-158
80. Tan M, Karabultlu E. Social Support and Hopelessness in Turkish Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 2005; 28(3): 236-240
81. Gökçakan G, Zafer O. Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları için Yeni Bir Alan Olarak Hemodializ Üniteleri. *H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi* , 1988; 8(1): 2-3.
82. Hussebye DG, Westlie L, Thomas JS et all. Psychological, Social and Somatic Prognostic İndicators in Old Patients Undergoing Long-term Dialysis. *Archives of Internal Medicine* 1987;147: 1921-1924

83. Lye WC, Chan PC, Leong SO. Psychosocial and Psychiatric Morbidity in Patients ob CAPD. *Advances in Peritoneal Dialysis*, 2002; 13: 134-136
84. Ginkgos T, Astan G. Social Support, Locus of Control, and Depressive Symptoms in Hemodialysis Patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2006; 47: 203–208.
85. Aşti T, Kara M, İpek G, Erci B. The Experiences of Loneliness, Depression, and Social Support of Turkish Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis and Their Caregivers. *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15 (4): 490–497.
86. Samir S. Patel, Rolf A. Peterson, Paul L. The Impact of Social Support on End-Stage Renal Disease. *Seminars In Dialysis*, 2005; 18 (2): 98–102.
87. William JC, Amend JR, Flavio G, Vincenti G (eds). *Chronic Renal Failure in Dialysis*. Appleton / Lange, San Mateo, California, 1992: 553 – 555
88. Kara B, Albayrak N. Hemodiyalizle Yaşam : Stres ve baş etme. *Sağlık ve Toplum* 2005; 4 : 12 – 17
89. Daigle MC., Stewart M. Support and Coping of Male Hemodialysis Dependnr Patents. *İnternational of Nursing Studies* 1997; 34 (6): 420 – 430
90. Ünal B. SAPD Hastalarında Hasta ve Ailesinin Tedaviye Uyumu. *Çınar Dergisi*, 2001; 7 (4): 30-34
91. Durak A. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı, Ankara 1993
92. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001; 12(1):17-25
93. http://www.usrds.org/2006/pdf/02_incid_prev_06.pdf (Erişim Tarihi: 15.06.2007)
94. Moore SL. Hope Makes a Difference. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2005; 12: 100-105
95. http://www.tsn.org.tr/registry/Registry_2005_Eng_tr.pdf (Erişim Tarihi: 10. 12. 2006)
96. Friend R, Singletory Y, Mendell NR. Group Participation and Survival Among Patients with End-stage Renal Disease. *Am J public Health*, 2004; 76 : 670-672
97. Alexander MF, Fawcet JN, Runciman PJ (eds). *Nursing Practise Hospital and Home*. Edinburgh, Churcill Liningstone, 1999: 320-323

98. Kılıç Y, Koluvaçık S. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Uygulanan Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi ve Hemşirelik Yaklaşımı, Lisans Bitirme Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Sivas 2000
99. Sağlamiyürek S. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Renal TX. Çınar Dergisi; 1998; 4: 41
100. Ören BG, Söyük S, Yürügen B. Sürekli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Özbakıma İlişkin Tutumları ve Sosyo-Demografik Özellikleri ile Özbakım Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. Çınar Dergisi; 2000; 6(3-4):64-66
101. Kimmel PP. Psychosocial Factors in Adult end Stage Renal Disease Patients Treatedm with Hemodialysis. AJKD, 2000; 35 (4): 54 -58
102. Üstündağ H, Aydın M, Fındık U. Transplantasyon ve Hemodiyaliz Hastalarının Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2006; 15(4): 134
103. Kalender B, Erdoğan S, Şengül E, Serdengeçti K. Hemodiyaliz Hastalarında Beslenme Durumu ve Diyaliz Yeterliliği Arasındaki İlişki. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2002; 12 (2): 32- 38
104. Plough AL, Salem A (eds). Social And Contextual Factors In The Analyses Of Mortality In End-Stage Renal Disease. Implications For Health Policy. Am J Public Health, 1982: 1293-1295
105. Hastaoğlu Ş. Diyaliz Hastalarının Psikolojik Sorunları. Çınar Dergisi, 1995; 1(3): 21 – 23
106. Özkan S. Kronik Böbrek Hastalığı ve Diyalizde Psikiyatrik Morbidite. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul, 1993: 137-140
107. Acaray A, Pınar R. Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2004;8 (1): 15-18
108. Haran S, Aydın O. Depresyon, Umutsuzluk, Sosyal Beğenirlik ve Kendini Kurgulama Düzeyinin İntihar Fikirleri ile İlişkisi. Kriz Dergisi, 2002; 3 (1-2): 218-222
109. Aştı T, Kara M, İpek G. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizli Hastalarda Yalnızlık, Depresyon ve Sosyal Destek. 9. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, 2003, Antalya
110. Patel S, Rolf A, Peterson T, Paul L (eds). The İmpact of Social Support on End- Stage Renal Disease. Seminar in Dialysis, 2005 15(2): 98-102
111. Gençöz T, Astan G. Social Support, Locus of Control, and Depressive Symptoms in Hemodialysis Patients. Scandinavion Journal of Psychology, 2006; (47): 203-208

112. Kessler RC, Price RH, Wortman CB ve ark. "Social Factors In Psychopathology: Stress, Social Support, And Coping Processes". *Annu Rev Psychol*, 1985, 36:531-572.
113. Doğan S, Doğan O. Hemodiyalize Giren Hastalarda Depresyon, Anksiyete ve Aile İlişkilerinin Değerlendirilmesi. 3. Ulusal Hemşirelik Kitabı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Sivas, 1992: 30-50
114. Kahraman A, Çına, S, Pınar R. Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2006; 15(4): 130 - 133
115. Utaş L, Baycar N, İlhan N, Kutlu N, Özhan F. Hemodiyalize Giren Hastalarda Algılanan Sosyal Desteğin Depresyon Düzeylerine Etkisi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2006; 15 (4): 142-146
116. Wallcott DL, Nissenson AR. Quality of Life in Chronic Dialysis Patient: Critical Comparison of CAPD and HD. *AJKD*. 1988; 11(5): 402-412
117. Keçecioglu N, Özcan E, Yılmaz H, Sezer T ve ark. Hemodiyaliz Ve Kronik Ambulatuvar Periton Diyalizi Tedavisi Gören Hastalar Ve Bu Hasta Yakınlarının Depresyon, Anksiyete Ve Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması. *Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, Psikiyatri Anabilim Dalı, Antalya*
118. Wicks MN, Milstead EJ. Family Caregiver's Burden, Quality of Life and Health Following Patients. *Renal Transplantation, J Transp Coord* 2003; 8 (3): 170 – 176
119. White Y, Greyner BFS. The Biopsychosocial Impact of End-stage Renal Disease: The Experience of Dialysis Patient and Their Partners. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 30 (6): 1312-1320
120. Uslu K, Arık AC, Şahin AR ve ark. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastaları Ile Hemodiyaliz Hastalarının Depresif Özellikler Ve Yaşam Kalitesi Yönünden Karşılaştırılması. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bilmisel Yayınlar Kitabı 2000: 65-70
121. Erengin N, Keçecioglu N, Güven M ve ark. Hemodiyaliz Ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Yetiyitimi, Depresyon ve Anksiyete Yönünden Karşılaştırılması. *Akdeniz Üniversitesi Tıp Fak. Nefroloji Bilim Dalı, Antalya*
122. Burton HJ, Lindsay RM, Kline SA. Social Support as a Mediator of Psychological Dysfunction and a Determinant of Renal Failure Outcomes. *Clin Exp Dial Aph*, 1983; 7 : 371 – 389
123. Stroebe W, Zech E, Stroebe M, Abakoumkin G. Does Social Support Help in Bereavement. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2005; 24(7): 1030-1050

124. Aras A. KOAH Olan Bireylerin Sosyal Destek Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas 2001
125. Durna Z, Özcan Ş, Erdoğan N. Düzenli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeyleri. Hemşirelik Forumu, 2000; 3 (2): 6 – 15
126. Şahin D, Sağlık Psikiyatri Kitabı. İçinde: Şahin D (editör), Sosyal Destek ve Sağlık. 1997: 78 – 106
127. Beck AT, Wiessman A, Lester D, Trexler L. (eds). The Measurement of Pessimizm : The Hopelessness Scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1974; 42(8): 861 – 865
128. Sezer Mt. Psikiyatrik Sorunlar. İçinde: Akpolat T, Utaş C. (editörler), Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. Kayseri, Anadolu Yayıncılık, 2001: 147-152
129. Haslam A, O'Brien A, Jetten J, Vormedal K, Pena S. Taking the strain : Social Identity, Social Support and the Experience of Stress. British Journal of Social Psychology, 2005; (44): 355-37
130. Cochrane JJ, Goering PN, Rogers JM. The Mental Health Of Informal Caregivers In Ontario: An Epidemiological Survey. Am J Public Health, 1997; (87): 2002-2007.
131. King KB, Reis HT, Porter LA et al. Social Support And Long-Term Recovery From Coronary Artery Surgery: Effects on patients and spouses. Health Psychol, 1993; (12): 56-63.
132. Hacımusalı DG, Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Yakınlarının Yaşadığı Sorunların Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri 2005
133. Aksüllü N. Kurumda ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Alınan Sosyal Destek Faktörleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas 2002.
134. Çam O, Gümüş A, Meme Kanseri Kadınlar İçin Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 10(3): 56 – 60
135. Mollaoğlu M. (edt), Depression and Health Related Quality of Life in Hemodialysis Patients. Edtna/erca Journal 2004; 1: .57

EKLER

EK-1. ANKET FORMU

Anket No :

Hastanın adı soyadı:.....

Diyaliz Merkezinin Adı :.....

1. Cinsiyetiniz nedir?

1. Kadın 2. Erkek

2. Kaç yaşındasınız?

.....

3. Eğitim durumunuz nedir?

1. Okuma yazma bilmiyor 4. Ortaokul mezunu.
2. Okuma yazma biliyor 5. Lise mezunu
3. İlkokul mezunu 6. Fakülte / Yüksekokul mezunu

4. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekâr (iseniz 6. soruya geçiniz)

5. Çocuk Sayınız nedir?

1. Çocuk yok
2. 1 çocuk
3. 2 çocuk
4. 3 çocuk
5. 4 çocuk ve ↑

6. Mesleğiniz / işiniz nedir?

1. Çalışmıyor 2. Memur 3. Serbest Meslek
4. Esnaf 5. Ev hanımı 6. Emekli 7. İşçi

8. Diğer (ise belirtiniz.....)

7. Gelirinizi çevrenizdeki insanlara göre kıyasladığınızda aylık ekonomik gelirinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi

8. Çalışma şekliniz nedir?

1. Tam gün çalışma
2. Yarım gün / Belirli saatlerde çalışma
3. Hiç çalışmama

9. Nerede yaşıyorsunuz?

1. Kayseri il merkezi 2. Kayseri ilçe 3. Kayseri belde 4. Kayseri köy

10. Aile tipiniz nasıldır?

1. Yalnız yaşıyor 2. Geleneksel geniş aile
3. Çekirdek aile 4. Parçalanmış aile

11. Sosyal güvenceniz var mı?

1. Evet 2. Hayır (ise 13. soruya geçiniz)

12. Hangi kuruluştan sosyal güvenceniz var?

1. SSK 2. BAĞ-KUR
3. Emekli Sandığı 4. Yeşil Kart
5. Diğer(ise belirtiniz.....)

13. Hangi tür diyaliz tedavisi alıyorsunuz?

1. Hemodiyaliz 2. SAPD

14. Böbrek Yetmezliğine neden olan hastalığınız nedir?

1. Bilinmiyor 5. Hipertansiyon
2. Kr. Glomerülonefrit 6. Akut Böbrek Yetmezliği
3. Kr. Pyelonefrit 7. Polikistik Böbrek
4. Diabetes Mellitus 8. Diğer(ise belirtiniz.....)

15. Hastalığınızın süresi nedir?

1. 6 – 12 ay 2. 1 - 5 yıl 3. 5 – 10 yıl 4. 5 – 10 yıl 5. 10 yıl ve ↑

16. Ne kadar süredir diyaliz tedavisi görüyorsunuz?

1. 6 – 12 ay 2. 1 - 5 yıl 3. 5 – 10 yıl 4. 5 – 10 yıl 5. 10 yıl ve ↑

17. (Hemodiyaliz hastası iseniz cevap veriniz)

Haftada kaç kez hemodiyaliz uygulanıyor?

1. 1 kez 2. 2 kez 3. 3 kez

18. Daha önce hastalığınıza ilişkin eğitim aldınız mı?

1. Almış
2. Almamış (ise 20. soruya geçiniz)

19. Bu eğitimi kimden aldınız?

1. Sağlık personeli 2. Arkadaş / Komşu 3. Basın-yayın
4. Diğer(ise belirtiniz.....)

20. (Hemodiyaliz hastası iseniz cevap veriniz)

Hangi sorunları sıklıkla yaşıyorsunuz?

1) Fiziksel Sorunlar

Kaşıntı	1. Var	2. Yok
İştah azalması	1. Var	2. Yok
Kas Krampları	1. Var	2. Yok
Halsizlik / yorgunluk	1. Var	2. Yok
Kan basıncında düşme	1. Var	2. Yok
Kan basıncında artma	1. Var	2. Yok
Kan şekerinde düşme	1. Var	2. Yok
Baş ağrısı	1. Var	2. Yok
Terleme	1. Var	2. Yok
Fistül / kateterden kanama	1. Var	2. Yok
Ateşte yükselme	1. Var	2. Yok
Bulantı / kusma	1. Var	2. Yok
Diğer (ise belirtiniz.....)		

2) Ruhsal Sorunlar

Konsantrasyon Güçlüğü	1. Var	2. Yok
Sinirlilik	1. Var	2. Yok
Alınganlık	1. Var	2. Yok
Uyku Düzensizliği	1. Var	2. Yok
Huzursuzluk	1. Var	2. Yok
Cinsel isteksizlik	1. Var	2. Yok
Diğer (ise belirtiniz.....)		

22. SAPD hastası iseniz cevap veriniz

Hangi sorunları sıklıkla yaşıyorsunuz?

1) Fiziksel Sorunlar

Peritonit	1. Var	2. Yok
Katater yeri enfeksiyonu	1. Var	2. Yok
Fıtık	1. Var	2. Yok
Karın ağrısı / sırt ağrısı	1. Var	2. Yok
Şişmanlık	1. Var	2. Yok
Kan basıncında artma	1. Var	2. Yok
Kan basıncında düşme	1. Var	2. Yok
Ateş	1. Var	2. Yok
Terleme	1. Var	2. Yok
Titreme	1. Var	2. Yok
Kateter yerinde kızarıklık / hassasiyet	1. Var	2. Yok
İshal	1. Var	2. Yok
Kabızlık	1. Var	2. Yok
Diğer (ise belirtiniz.....)		

2) Ruhsal Sorunlar

Konsantrasyon Güçlüğü	1. Var	2. Yok
Sinirlilik	1. Var	2. Yok
Alınganlık	1. Var	2. Yok
Uyku Düzensizliği	1. Var	2. Yok
Huzursuzluk	1. Var	2. Yok
Cinsel isteksizlik	1. Var	2. Yok
Diğer (ise belirtiniz.....)		

22. Tedavi nedeniyle herhangi bir komplikasyon gelişti mi?

1.Evet

2. Hayır

23. İlaç tedavisine uyuyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

24. Diyet programına uyuyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

25. Günlük ihtiyaçlarınızı tek başınıza karşılayabiliyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

3.Kısmen

Ek 2: (BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ)

Geleceğe yönelik olumsuz beklenti ye da düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları doğru ya da yanlış olarak kodlayınız.

	Evet	Hayır
1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum		
2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur		
3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor		
4- Gelecek on yıl içinde hayatimin nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5- Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var		
6- Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7- Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8- Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9- İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok		
10-Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı		
11-Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor		
12-Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum		
13-Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14-İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor		
15-Geleceğe büyük inancım var.		
16-Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur		
17-Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18-Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19-Kotu günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20-İstediğim her şeyi elde etmek için caba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim		

Ek 3 : (ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

EK 4:

KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Katılımcının

Adı, Soyadı, Adresi:

Varsa protokol ve Tel. No:

BİLGİLENDİRME

Bu çalışmanın amacı; diyaliz hastalarının umut- umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerini belirlemektir.

Beck Umutsuzluk Ölçeğinde geleceğe yönelik olumsuz beklenti ye da düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları evet ya da hayır olarak kodlayınız.

Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeğinde 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. Başlangıçta kabul edip, daha sonra fikir değiştirip, hiçbir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda sizinle ilgili tıbbi özende bir değişiklik olmayacaktır.

KATILIMCI ONAMI

Aşağıda imzası olan ben,

Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Bilgilendirmeyi Yapan

Katılımcı

Kuruluş Görevlisi

Adı, Soyadı

Adı, Soyadı

Adı, Soyadı

İmza:

İmza:

İmza:

EK 5:**Ek Tablo 1.** Yaş Gruplarına Göre Umutsuzluk Puan Ortalamasının Çoklu Karşılaştırması

Yaş Grupları	20 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 65
20 – 29	-	-	-	-	-
30 – 39	-	-	-	-	-
40 – 49	*	-	-	-	-
50 – 59	*	-	-	-	-
60 – 65	*	*	*	-	-

Kullanılan Test: Dunn's Method**Ek Tablo 2.** Çocuk Sayısına Göre Umutsuzluk Puan Ortalamasının Çoklu Karşılaştırması

Çocuk Sayısı	Çocuk Yok	1 çocuk	2 çocuk	3 çocuk	4 çocuk ve ↑
Çocuk Yok	-	-	-	-	-
1 çocuk	-	-	-	-	-
2 çocuk	-	-	-	-	-
3 çocuk	-	*	*	-	-
4 çocuk ve ↑	-	*	*	*	-

Kullanılan Test: Dunn's Method**Ek Tablo 3.** Yaş Grupları ile Arkadaş Desteği Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

Yaş Grupları	20 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 65
20 – 29	-	-	*	-	*
30 – 39	-	-	*	*	-
40 – 49	-	-	-	-	-
50 – 59	-	-	-	-	-

Kullanılan Test: Dunn's Method

Ek Tablo 4. Yaş Grupları ile Özel Birinin Desteği Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

Yaş Grupları	20 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 65
20 – 29	-	-	-	-	*
30 – 39	-	-	-	-	*
40 – 49	-	-	-	-	-
50 – 59	-	-	-	-	-
60 – 65	-	-	-	-	-

Kullanılan Test: Dunn's Method**Ek Tablo 5.** Yaş Grupları ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

Yaş Grupları	20 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 65
20 – 29	-	-	-	-	*
30 – 39	-	-	-	-	*
40 – 49	-	-	-	-	-
50 – 59	-	-	-	-	-
60 – 65	-	-	-	-	-

Kullanılan Test: Tukey HS**Ek Tablo 6.** Eğitim Durumu ile Arkadaş Desteği Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

Eğitim Durumu	Okuma Yazma Bilmiyor	Okuma Yazma Biliyor	İlkokul Mezunu	Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	Üniversite / Yüksekokul Mezunu
Okuma Yazma Bilmiyor	-	-	-	-	-	-
Okuma Yazma Biliyor	-	-	-	-	-	-
İlkokul Mezunu	-	-	-	-	-	-
Ortaokul Mezunu	*	*	*	*	-	-
Lise Mezunu	-	-	-	-	-	-
Üniversite / Yüksekokul Mezunu	-	-	-	-	-	-

Kullanılan Test: Tukey HSD

Ek Tablo 7. Eğitim Durumu ile Özel Birinin Desteği Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

Eğitim Durumu	Okuma Yazma Bilmiyor	Okuma Yazma Biliyor	İlkokul Mezunu	Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	Üniversite / Yüksekokul Mezunu
Okuma Yazma Bilmiyor	-	-	-	-	-	-
Okuma Yazma Biliyor	-	-	-	-	-	-
İlkokul Mezunu	-	-	-	-	-	-
Ortaokul Mezunu	-	-	-	-	-	-
Lise Mezunu	-	-	-	-	-	-
Üniversite / Yüksekokul Mezunu	*	*	*	*	*	-

Kullanılan Test: Dunn's Method**Ek Tablo 8.** Eğitim Durumu ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

Eğitim Durumu	Okuma Yazma Bilmiyor	Okuma Yazma Biliyor	İlkokul Mezunu	Ortaokul Mezunu	Lise Mezunu	Üniversite / Yüksekokul Mezunu
Okuma Yazma Bilmiyor	-	-	-	-	-	-
Okuma Yazma Biliyor	-	-	-	-	-	-
İlkokul Mezunu	-	-	-	-	-	-
Ortaokul Mezunu	-	-	-	-	-	-
Lise Mezunu	-	-	-	-	-	-
Üniversite / Yüksekokul Mezunu	*	*	*	-	-	-

Kullanılan Test: Dunn's Method

Ek Tablo 9. Çocuk Sayısı ile Aile Desteği Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

Çocuk Sayısı	Çocuk yok	1 çocuk	2 çocuk	3 çocuk	4 çocuk ve ↑
Çocuk yok	-	-	-	-	-
1 çocuk	-	-	-	-	-
2 çocuk	-	-	-	-	-
3 çocuk	-	-	-	-	-
4 çocuk ve ↑	*	-	-	-	-

Kullanılan Test: Tukey HSD

Ek Tablo 10. Çocuk Sayısı ile Arkadaş Desteği Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

Çocuk Sayısı	Çocuk yok	1 çocuk	2 çocuk	3 çocuk	4 çocuk ve ↑
Çocuk yok	-	-	-	-	*
1 çocuk	-	-	-	-	-
2 çocuk	-	-	-	-	-
3 çocuk	-	-	-	-	-
4 çocuk ve ↑	-	-	-	-	-

Kullanılan Test: Tukey HSD

Ek Tablo 11. Meslek Durumu ile Özel Birinin Desteği Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

Meslek Durumu	Çalışmıyor	Çalışıyor	Emekli
Çalışmıyor	-	-	*
Çalışıyor	-	-	-
Emekli	-	-	-

Kullanılan Test: Dunn's Method

Ek Tablo 12. Çalışma Şekli ile Aile Desteği Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

Çalışma Şekli	Tam gün çalışma	Yarım Gün Çalışma	Hiç çalışmama
Tam gün çalışma	-	-	-
Yarım Gün Çalışma	-	-	-
Hiç çalışmama	*	*	-

Kullanılan Test: Dunn's Method

Ek Tablo 13. Aile Tipi ile Arkadaş Desteği Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

Aile Tipi	Yalnız yaşıyor	Çekirdek Aile	Geleneksel Geniş Aile	Parçalanmış Aile
Yalnız yaşıyor	-	-	*	-
Çekirdek Aile	-	-	-	-
Geleneksel Geniş Aile	-	-	-	-
Parçalanmış Aile	-	-	-	-

Kullanılan Test: Dunn's Method

Ek Tablo 14. Aile Tipi ile Özel Birinin Desteği Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

Aile Tipi	Yalnız yaşıyor	Çekirdek Aile	Geleneksel Geniş Aile	Parçalanmış Aile
Yalnız yaşıyor	-	-	-	-
Çekirdek Aile	-	-	-	-
Geleneksel Geniş Aile	-	-	-	-
Parçalanmış Aile	-	-	*	-

Kullanılan Test: Dunn's Method

Ek Tablo 15. Hastalık Süresi ile Aile Desteği Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

Hastalık Süresi(ay)	6	13	25	37	49	61	73	85	97 ve↑
6-12	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13 - 24	-	-	-	-	-	-	-	-	*
25 - 36	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37 - 48	-	-	-	-	-	-	-	-	-
49 - 60	-	-	-	-	-	-	-	-	-
61 - 72	-	-	-	-	-	-	-	-	-
73 - 84	-	-	-	-	-	-	-	-	-
85 - 96	-	-	-	-	-	-	-	-	-
97 ve↑	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Kullanılan Test: Dunn's Method

Ek Tablo 16. Hastalık Süresi ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

Hastalık Süresi(ay)	6 12	13 24	25 36	37 48	49 60	61 72	73 84	85 96	97 ve↑
6 - 12	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13 - 24	-	-	-	-	-	-	-	-	*
25 - 36	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37 - 48	-	-	-	-	-	-	-	-	-
49 - 60	-	-	-	-	-	-	-	-	-
61 - 72	-	-	-	-	-	-	-	-	-
73 - 84	-	-	-	-	-	-	-	-	-
85 - 96	-	-	-	-	-	-	-	-	-
97 ve↑	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Kullanılan Test: Dunn's Method**Ek Tablo 17.** Diyaliz Süresi ile Aile Desteği Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

Diyaliz Süresi(ay)	6 12	13 24	25 36	37 48	49 60	61 72	73 84	85 96	97 ve↑
6 - 12	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13 - 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 - 36	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37 - 48	-	-	-	-	-	-	-	-	-
49 - 60	-	-	-	-	-	-	-	-	-
61 - 72	-	-	-	-	-	-	-	-	-
73 - 84	-	*	*	-	-	-	-	-	-
85 - 96	-	-	-	-	-	-	-	-	-
97 ve↑	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Kullanılan Test: Tukey HSD

Ek Tablo 18. Diyaliz Süresi ile Arkadaş Desteği Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

Diyaliz Süresi(ay)	6	13	25	37	49	61	73	85	97 ve↑
	12	24	36	48	60	72	84	96	
6 - 12	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13 - 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 - 36	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37 - 48	-	-	-	-	-	-	-	-	-
49 - 60	-	-	-	-	-	-	-	-	-
61 - 72	-	-	-	-	-	-	-	-	-
73 - 84	-	-	-	-	-	-	-	-	-
85 - 96	-	-	-	-	-	-	-	-	-
97 ve↑	-	-	-	-	-	-	-	*	-

Kullanılan Test: Tukey HSD

Ek Tablo 19. Diyaliz Süresi ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

Diyaliz Süresi(ay)	6	13	25	37	49	61	73	85	97 ve↑
	12	24	36	48	60	72	84	96	
6 - 12	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13 - 24	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 - 36	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37 - 48	-	-	-	-	-	-	-	-	-
49 - 60	-	-	-	-	-	-	-	-	-
61 - 72	-	-	-	-	-	-	-	-	-
73 - 84	-	-	-	-	-	-	-	-	-
85 - 96	-	-	-	-	-	-	-	-	-
97 ve↑	-	-	*	*	-	-	-	*	-

Kullanılan Test: Dunnet's Method

Ek Tablo 20. Hastaların İhtiyaçlarını Kendi Kendine Karşılabilme Durumu ile Arkadaş Desteği Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

İhtiyacı Karşılama Durumu	İhtiyacını Karşılaman	İhtiyacını Karşılamayan	İhtiyacını Kısmen Karşılaman
İhtiyacını Karşılaman	-	-	-
İhtiyacını Karşılamayan	*	-	-
İhtiyacını Kısmen Karşılaman	-	-	-

Kullanılan Test: Dunn's Method

Ek Tablo 21. Hastaların İhtiyaçlarını Kendi Kendine Karşılabilme Durumu ile Özel Birinin Desteği Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

İhtiyacı Karşılama Durumu	İhtiyacını Karşılaman	İhtiyacını Karşılamayan	İhtiyacını Kısmen Karşılaman
İhtiyacını Karşılaman	-	-	-
İhtiyacını Karşılamayan	*	-	-
İhtiyacını Kısmen Karşılaman	-	-	-

Kullanılan Test: Dunn's Method

Ek Tablo 22. Hastaların İhtiyaçlarını Kendi Kendine Karşılabilme Durumu ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki Çoklu Karşılaştırmalar

İhtiyacı Karşılama Durumu	İhtiyacını Karşılaman	İhtiyacını Karşılamayan	İhtiyacını Kısmen Karşılaman
İhtiyacını Karşılaman	-	-	-
İhtiyacını Karşılamayan	*	-	-
İhtiyacını Kısmen Karşılaman	-	-	-

Kullanılan Test: Dunn's Method

ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında Kırőehir’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Kayseri’de tamamladı. 2005 yılında Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden mezun oldu. 2005 – 2006 öğretim yılında Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Programına başladı. 2007 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Araştırma Görevlisi olarak göreve başladı