



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMODİYALİZ HASTALARININ PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK**  
**DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

EMİNE DANE  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DAHİLİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Nermin OLGUN

İSTANBUL – 2015

## TEZ ONAYI

## **BEYAN**

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

13.11.2015

Emine DANE

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince değerli bilgilerini ve deneyimlerini her zaman paylaşan, bilimsel kimliğime şekil veren, titiz, sabırlı ve hoşgörülü yaklaşımıyla üzerimde büyük emeği olan değerli danışman hocam Prof. Dr. Nermin OLGUN'a,

Eğitim hayatım boyunca bana en büyük destek olan sevgili ailem, hayatıma girdiği ilk andan beri varlığıyla ve sevgisiyle bana güç veren, araştırmam süresince sabırla, anlayışla hep daha iyi olmam için beni motive eden, hayat arkadaşım, çok değerli eşim Fatih DANE'ye,

Yüksek lisans öğrenimim süresince zaman, enerji ve sabırlarını esirgemeyen ve bana destek olan sevgili çocuklarım Irmak DANE ve Mehmet AKIN'a,

Testlerin uygulanmasında ve verilerin girilmesinde sabır ve sevgiyle hep yanımda olup benden desteğini hiç esirgemeyen sevgili oğlum Mehmet AKIN'a,

Görüş ve önerileriyle araştırmama katkı sağlayan Doç. Dr Sabahat (ALİŞİR) ECDER VE Dr. Hülya (KARADAYI) ERGİN'e,

Diyaliz merkezlerinde anketlerin uygulanmasında benden yardımlarını esirgemeyen meslektaşlarım Serpil GÜNDÜZ ve Saadet ŞİMŞEK'e,

Veri toplama sürecinde kısa zamanda çok şey paylaştığım, sorularıma içtenlikle yanıt veren değerli hemodiyaliz hastalarına ve hemodiyaliz ünitelerinde görev yapan tüm personele,

Teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

## **İÇİNDEKİLER**

TEZ ONAYI.....	i
BEYAN .....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	ix
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2

### **1.GİRİŞ VE AMAÇ**

1.1. GİRİŞ.....	3
1.2. AMAÇ .....	7

### **2.GENEL BİLGİLER**

#### **2.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ**

2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Nedir? .....	7
2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri .....	9
2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Nedenleri.....	10
2.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikleri.....	11
2.5.5. Kronik Böbrek Hastalığının Önemi.....	12

#### **2.2. HEMODİYALİZ**

2.2.1. Hemodiyaliz Nedir?.....	13
2.2.2. Hemodiyalizde Fizyolojik Prensipler .....	14
2.2.3. Hemodiyaliz Tedavisi.....	16
2.2.4. Kronik Hemodiyaliz Endikasyonları.....	17
2.2.5. Hemodiyalize Bağlı Kayıplar .....	18
2.2.6. Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikolojik Özellikler .....	19
2.2.7. Hemodiyaliz Hastasındaki Tepki Dönemleri .....	21
2.2.8. Hemodiyalizde Psikiyatrik Sorunlar.....	22

#### **2.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK**

2.3.1. Psikolojik Dayanıklılık Kavramı .....	24
2.3.2. Psikolojik dayanıklılık risk, yatkınlık ve koruyucu faktörler .....	25
2.3.3. Psikolojik dayanıklılık ve kişilik özellikleri.....	26
2.3.4. Psikolojik dayanıklılık ve ailesel özellikler.....	26
2.3.5. Psikolojik dayanıklılık ve toplumsal/dışsal destek sistemleri .....	27

2.3.6. Psikolojik dayanıklılığı ele alan yaklaşımlar ve modeller.....	27
2.3.6.1. Psikolojik dayanıklılığı değişken odaklı ele alan yaklaşımlar ...	27
2.3.6.2. Psikolojik dayanıklılığı bireysel odaklı ele alan yaklaşımlar.....	28
2.3.6.3. Psikolojik dayanıklılığı çoklu düzeyde ve analizle alan dinamik yaklaşımlar .....	29
2.4. Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi Demografik Faktörler ve Psikolojik Dayanıklılık İlişkisi.....	31
2.5. Araştırmanın Hemşirelik İçin Önemi .....	32
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	
3.1. Araştırmanın Tipi.....	33
3.2. Araştırmanın Amacı.....	33
3.3. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular .....	33
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	33
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	33
3.5.1. Örneklem Dahil Edilme Kriterler .....	34
3.5.2. Örneklem Dışı Kalma Kriterleri .....	34
3.6. Verilerin Toplanması.....	34
3.6.1. Veri Toplama Araçları.....	34
3.6.1.1. Kişisel Bilgi Formu .....	34
3.6.1.2. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği .....	35
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	35
3.7.1. Bağımlı Değişkenler .....	35
3.7.2. Bağımsız Değişkenleri.....	35
3.8. Verilerin Analizi .....	36
3.9. Etik Hassasiyet.....	36
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	36
<b>4. BULGULAR</b>	
4.1. Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulgular .....	38
4.2. Psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde edilen toplam puanların normallik analizi.....	39
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>43</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	
6.1. Sonuç .....	45

6.2. Öneriler .....	46
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>47</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>55</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>61</b>

## **KISALTMALAR LİSTE**

**KBY:** Kronik böbrek yetmezliği

**RRT:** Renal replasman tedavisi

**OGTT:** Oral glukoz tolerans testi

**KBH:** Kronik böbrek hastalığı

**GFH:** Glomeruler filtrasyon hızı

**PD:** Periton diyalizi

**KDIGO:** Kidney Disease Improving Global Outcomes

**NKF-KDOQI:** National Kidney Foundation–Kidney Disease Outcomes Quality Initiative

**KVH:** Kardiyo vasküler hastalık

**HD:** Hemodiyaliz

**BUN:** Blood urea nitrogen, kan üre azotu

**HPA:** Hipotalamus-hipofiz-adrenal aks



## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 2.1:</b> Kronik böbrek hastalığı ve yetersizliği sürecinde semptom ve bulgular....	<b>8</b>
<b>Tablo 2.2:</b> Kronik böbrek yetersizliği evreleri.....	<b>10</b>
<b>Tablo 2.3:</b> Kronik böbrek yetmezliğini albuminüri'ye göre değerlendirme .....	<b>10</b>
<b>Tablo 2.4:</b> 2013 yılı içinde ilk RRT olarak HD'e kronik programına alınan hastalar	<b>11</b>
<b>Tablo 2.5:</b> Kronik böbrek yetmezliğinin klinik özellikleri.....	<b>11</b>
<b>Tablo 2.6:</b> Kronik böbrek yetmezliğinde diyalize başlama endikasyonları .....	<b>18</b>
<b>Tablo 2.7:</b> Psikolojik dayanıklılığı açıklayan etkin/anahtar noktalar.....	<b>29</b>
<b>Tablo 4.1:</b> Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulgular .....	<b>38</b>
<b>Tablo 4.2:</b> Psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde edilen toplam puanların normallik analizi .....	<b>39</b>
<b>Tablo 4.3:</b> Psikolojik dayanıklılık puanının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı.....	<b>39</b>

## ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 2.1:** Difüzyon; küçük molekül ağırlıklı maddeler membranın iki yanına da geçebilir ..... 15
- Şekil 2.2:** HD akımlar: Suda eriyebilen, plazma proteinlerine bağlı olmayan düşük molekül ağırlıklı maddeler hemodiyaliz ile vücuttan uzaklaştırılırlar ..... 15
- Şekil 2.3:** Konveksiyon; hidrostatik basınç etkisiyle su ile beraber moleküllerin membranın öbür tarafına sürüklenmesi geçiş yaparlar ..... 16
- Şekil 2.4:** Hidrostatik basınç farkı ile yarı geçirgen bir membrandan yüksek basınç etkisi ile düşük basınca doğru su geçişi ..... 16
- Şekil 2.5:** Yıllara göre hemodiyalizde izlenen hasta sayıları (Sağlık bakanlığı verisine göre düzeltilmiştir)..... 17

## ÖZET

### HEMODİYALİZ HASTALARININ PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) kronik bir hastalık olarak kişilerin yaşam alanlarını daraltan, hayat kalitelerini bozduğu gibi, kişilerin ölüm korkusu yaşamalarını sağlayan, iş gücü kaybına yol açan ve kişilerin çalışma hayatlarını dahi sonlandırmalarını gerektiren, hemen her yaş grubunu en çok da genç erişkinleri etkileyen bir hastalıktır.

Bu çalışmanın temel amacı, hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılık durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesidir. Bu amaçla özel diyaliz merkezlerinde hemodiyaliz tedavisi gören 178 bireye sosyo-demografik özellikleri ile psikolojik dayanıklılık anketleri dağıtılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 20.0 paket programı ile yapılmıştır. Sonuç olarak elde edilen bulgular incelendiğinde pozitif psikolojik bir kavram olarak psikolojik dayanıklılığın demografik faktörlerden yaş, aile tipi ve hemodiyalize girme süreleri ile psikolojik dayanıklılıkla herhangi bir şekilde etkilemediği ancak cinsiyetin, medeni durumun, öğrenim durumu ve çalışma durumlarının psikolojik dayanıklılıkla anlamlı ilişkilerin bulunduğu tespit edilmiştir.

Yapılan bu çalışmada, varılan bulgular doğrultusunda istenen amaca varıldığı söylenebilir. Ancak yapılan literatür incelemelerinde kullanılan örneklem ile psikolojik dayanıklılık ile ilgili yeterince çalışma yapılmamış olması bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Gelecekte yapılacak çalışmaların buna benzer daha geniş örneklem grupları ve farklı hastalık grupları ile yapılması önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Hemodiyaliz, kronik böbrek yetmezliği, psikolojik dayanıklılık.

## **SUMMARY**

### **EVALUATION OF THE FACTORS EFFECTING PSYCHOLOGICAL ENDURANCE OF HEMODIALYSIS PATIENTS**

As a disease chronic renal insufficiency restricts people's life space, violets life quality, causes to live fear of one's life and labor loss even forces people to end work life, affects almost every age group mostly young adults.

The major purpose of this study is to evaluate psychological endurance state and factors affecting this state in hemodialysis patients. To this end 178 individuals who undergoes hemodialysis treatment at private centers were given a questionnaire regarding socio demographics and psychological endurance. SPSS 20.0 were used for survey data. As a result of examining the findings obtained no effects has been found of age, family type and the duration of hemodialysis on psychological endurance however the results showed meaningful relation between gender, marital status, educational background, working conditions and psychological endurance.

It can be said that this study has reach its purpose. Nevertheless the literature search has been showed that the studies of the given sample are sufficient enough regarding psychological endurance. For further studies wider sample groups and different illnesses can be proposed.

**Key words:** hemodialysis, chronic renal insufficiency, psychological endurance

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

## 1.1 GİRİŞ

Kronik hastalık, bireyin dengesini bozan, ailesi ve çevresi ile yeni bir uyum sağlamasını gerektiren bir durumdur. Bu durum bireyin gelecek planlarına, günlük yaşamının akışına ne kadar engel oluyorsa o kadar çok sorunlara neden olur. Bu sorunlar bireyin günlük yaşam akışındaki uyum çabaları klinik düzeyde ruhsal bozuklukların oluşmasına neden olabilir (1). Kronik böbrek yetmezliği (KBY) kronik bir hastalık olarak kişilerin yaşam alanlarını daraltan, hayat kalitelerini bozduğu gibi, kişilerin ölüm korkusu yaşamalarına neden olan, iş gücü kaybına yol açan ve kişilerin çalışma hayatlarını sonlandırmalarını gerektiren, hemen her yaş grubunu en çok da genç erişkinleri etkileyen bir hastalıktır.

Kronik böbrek yetmezliği, böbrek işlevinin ilerleyici şekilde, geriye dönüşü olmaksızın kaybedilmesidir. Tanı, glomerüler filtrasyon hız (GFH) değeri 15 ml/dakikanın altına indiğinde koyulur. Bu aşamada, renal replasman tedavisi (RRT) başlanmaz ise, üreminin ortaya çıkacağı kabul edilmektedir. Genel olarak modern tedavinin hedefi, diyaliz ya da transplantasyon ile hastalarda üreminin ileri belirtileri gelişmeden önce tedaviye başlatmaktır (2).

Renal replasman tedavilerinden biri olan diyalizde bireyin stresörleri yoğun olmaktadır. Bu stresörler; kişinin kronik bir rahatsızlığının olması nedeniyle belki de ömür boyu hastalığı ile yaşama zorunluluğu, makineyi bir arkadaş olarak kabullenmesi ve ona bağımlı olması, diyaliz ekibine sürekli destek olması konusunda yardım talebinde bulunmasının kişide yarattığı çaresizlik duygularından oluşmaktadır. Kişi hastalığı nedeniyle yaşamsal aktivitelerini sınırlamak zorunda kalmış, iş gücü kaybı, yaşam kalitesinin düşüşü, eskisi gibi bedenini kullanamaması nedeniyle üzüntü, kaygı, umutsuzluk ve çaresizlik duyguları ile psikolojik bir çökkünlük yaşayabilmektedir. Başta depresyon olmak üzere ruhsal bozuklukların (3) ve depresif duygulanımın sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir (4).

Özgür ve arkadaşlarının (5) yaptıkları çalışmada hemodiyalize bağlı fiziksel bozulmaların hastaların psikolojik ve sosyal parametrelerinde bozulmaya

neden olduğu ve hasta grubun depresyon düzeyinin toplum için belirlenen kesme puanından yüksek olduğunu saptamışlardır. Kimmel (6) diyaliz hastalarındaki stres faktörlerini; diyet kısıtlaması, diyaliz seanslarının gün içinde uzun zaman alması, işlevsel sınırlılıklar, iş kaybı, rol kaybı, cinsel işlevlerde değişim, hastalık etkileri, tedavi etkileri ve ölüm korkusu olarak sıralama yapmıştır.

Abram diyalize uyum sürecini genel olarak 4 aşamalı olarak ele alıp değerlendirmiştir (1,7). İlk dönem diyalize başlanmadan önceki dönemdir (üremik dönem). Hastalar çoğunlukla kronik hastalığın fizyolojik ve ruhsal komplikasyonları içindedir. Yaşamı tehdit altında olduğu endişesi yaygındır. Yorgunluk, halsizlik, zihinsel çökkünlük içindedirler. İkinci dönem ise diyaliz uygulamasına başlandıktan sonra dönemdir. Bu dönemde apatinin azaldığı ölümden geri dönme duygu ve düşüncesinin geliştiiği, sıklıkla öforinin eşlik ettiği bir tablo oluşur. Yaşama dönüş evresi olarak ta tanımlanan üçüncü dönemde ise diyaliz uygulamasına başlandıktan 3 hafta ya da 8-9 diyaliz uygulamasından sonra, başlangıçtaki öforinin azaldığı, hastanın diyalize alıştığı ancak bunun yanında makineye bağlı olma ile ilgili psiko-sosyal sorunların geliştiiği dönemdir. Kısıtlamalar, engellemeler, uyum güçlükleri, bağımlılık çatışmalarının geliştiiği bu dönem 3-12 ay sürebilmektedir. Normale dönüşün yaşandığı dördüncü ve son dönem ise, ölümden kurtuluşun gerçekleştiği ancak yaşam kalitesinin gündeme geldiği dönemdir. Makineye alışılmıştır, hastalığın ve tedavi uygulamalarının elverdiği ölçüde uyumu ve yaşama bağlılığı daha iyi bir düzeye gelmiştir. Gerçekçi kabullenme sağlanmış ileriye dönük plan ve beklentiler (organ nakli) geliştiiğiştir. Sürekli olarak haftada 3 kez diyalize girdiklerinden, ilaçların yanında sıkı bir diyete tabii olduklarından birçok hasta için şehir dışına çıkmak dahi mümkün olmamaktadır. Bu bağımlılık makineye olduğu kadar tıbbi personel ve tedavi ekibi için de söz konusu olmaktadır.

Tedavide kişilerarası ilişkiler önemli bir faktördür. Tedaviye katılan hastanın ve ekibin arasındaki iletişimin kalitesi, tedavi ortamının uygunluğu, hastanın tedaviyi kabullenmesi ve sürdürmesindeki önemli faktörlerden birisidir. Bu kapsamda; hastanın tedaviden ve kişilerden beklentileri belirlenmeli, kişileri anlayabilecek empatik anlayış geliştirilmelidir. Tedavi ekibinin empatik tutum ve desteği, kaygının azaltılması ve uyumda çok önemli rol oynar (8).

Hastalığı inkar, hastalığa ve tedaviye karşı olumsuz tutumlar, tedaviyi istememe ya da uyum güçlüğü bu hastalarda sık görülen davranışlardır. Bu tutum ve davranışlar hastanın makineye bağlı olması, özgürlüğünü kaybetmesi, hastalığın kronikleşmesi gibi nedenlerle yaşadığı olumsuz duygular olan kaygı, öfke, umutsuzluk, mutsuzluktan oluşmaktadır. Kişilerin bu duyguları çevresi tarafından kabullenilmesi ve ilişki biçiminde bu duyguların varlığı da dikkate alınarak kişiye yaklaşımda bulunulmalıdır. Diyaliz tedavisi veren ekipçe hastaya yaklaşım konusunda dikkatli davranmalı ve hasta psikolojik yapısına uygun destek sistemleri içinde tutulmalıdır. Baş etme güçlüğü çekilen durumlarda, liyezon psikiyatrisi ekibince hastalık dinamiklerinin analiz edilmesinden sonra anksiyetenin baskılanmasına, egonun desteklenmesine yönelik krize müdahale psikoterapisi uygulanır (7,9).

Kronik hastalıklarda organ kaybına bağlı olarak yaşanan iki temel psikiyatrik sorun depresyon ve kaygıdır. Depresyon geçmişteki yaşantının kaybı ile ilgili olarak özlem duygularından kaynaklanabileceği gibi, kaygı ise gelecekle ilişkilendirilerek, yaşanacak olumsuz yaşantılara odaklanma olarak ortaya çıkabilmektedir. Gelecekte kişinin eski işlevselliklerini yerine getiremeyeceğine ilişkin düşüncesi, makine ile yaşamının verdiği zorluklar, hareket özgürlüğünün kısıtlanması, fiziksel gücünün azalması ve ailedeki güçlü konumunun sarsılması nedeniyle kişiler gelecekle ilgili yetersizlik, sevilme ve çaresizlik şemaları içinde kalabilmekte ve yoğun kaygı yaşayabilmektedirler. Kişide bu anlamda hastalığı kabul önemli bir faktördür. Katastrofik kaygı ve panik ile baş edebilme sürecinde kızgınlık ve inkar davranışları görülür. Duygularını ifade edebilen, yeni ilgi ve yaşam alanları yaratabilen hastalarda uyum daha kolaydır (7,10).

Diyaliz uygulaması, hastanın tıbbi, psikolojik durum ve uyumunun yanında tüm yaşantısını etkiler. Birçok hasta işlerine eski yeterlilikle devam edemez (7). Aile içinde kişinin sosyal statüsü kişi ve çevresi tarafından sorgulanabilir. Aile içindeki konum ve davranışlar değişebilir. Hatta kişi kendini aileye bir yük olarak tanımlayabilir ve yaşam sevinci ile mutluluk duygularını kaybedebilir. Aile dinamikleri ve ev içi sosyal ortama ilişkin kültürel tutumlar hastayı ve hastanın ilişki ve beklentilerini etkiler. Eşe bağımlılık gereksiniminin artması ve hastaların aile içi değişen rollerine uyum güçlüğü yeni sorunlar yaratır (7).

Birçok erkek hasta için evde daha fazla yaşama ve ev içi işlerde daha fazla meşgul olma zorunluluğu kaygı yaratır. Sosyal desteğin artırılması yanında, değer yargılarının uyumlu hale getirilmesine dönük açıklama ve girişimler gereklidir (7). Birçok olguda hastanın yanında eş ve aile ile görüşmeler gerekir . Surman ve Evans (11) tüm güçlülere rağmen diyaliz hastalarının % 45-59'unda iş ve aile düzenine uyum ve rehabilitasyonun sağlandığını belirtmektedir.

Kronik rahatsızlıklar içinde stresörlerle karşı karşıya kalan hastanın psikolojik dayanıklılık düzeyi kişiyi koruyan bir özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. Kobasa'ya (12) göre strese dirençli kişilerin yaşam karşısında bazı tipik tutumları vardır. Bunlar “değişmeye açıklık, yaptıkları iş ne olursa olsun kendini o işe verebilme ve olayların denetimini elinde tuttuğuna inanma” dır.

Psikolojik dayanıklılık genel olarak bir başarı veya uyum sağlama sürecini ifade eder (13). Bu çerçevede bir travma, bir tehdit, bir trajedi veya ailesel ve ilişkiyel sıkıntılar, ciddi sağlık problemleri, işyeri ve parasal sorunlar gibi önemli stres kaynaklarına karşı, psikolojik dayanıklılık kişinin uyum sağlama süreci olarak görülmektedir (14). Diğer açıdan psikolojik dayanıklılık, zor yaşamsal tecrübeler karşısında kişinin kendisini toparlama gücü (15) veya değişimin ya da felâketlerin başarılı biçimde üstesinden gelme yeteneği olarak da tanımlanmaktadır (16).

Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında rol oynayan birçok faktörden söz edilebilmesine karşın; yapılan çalışmalarda bu faktörlerin üç genel kategori altında toplanabileceği öne sürülmektedir (17). Bu kategoriler; aile uyumu ve desteği, kişisel yapısal özellikler ve dışsal destek sistemleri (sosyal çevre, iş arkadaşları vb.) olarak sıralanabilir. Kişisel özellikler fiziksel güçlülük, sosyal olma, zekâ, iletişim becerisi ve öz yeterlilik, yetenek gibi çeşitli özelliklerdir (18). Ailesel özelliklere odaklanan çalışmalar ise, en azından bir ebeveynle veya ebeveyn yerine geçen birisiyle olan ilişkilerin önemli olduğunu ortaya koymaktadır (19,20). Psikolojik dayanıklılığı artıran dış destek sistemleri ise, kişilerin zorlukların üstesinden gelme çabalarına yardımcı olan arkadaşlar, öğretmenler, komşular ve diğer kişileri içerebilmektedir (21,22,23). Ayrıca zor durumlar karşısında destekleyici bir eğitim çevresine ve sosyal etkileşim ile



işbirliği gerektiren hobilere sahip olmak gibi, kişinin yanında aile dışından birilerinin olmasının da bu süreçte önemli olduğu öne sürülmektedir (24).

Bu amaçla kullanılan ölçek, bireylerin aynı zamanda 'kendilik algısı', 'gelecek algısı', 'sosyal yeterlilik', 'aile uyumu', 'sosyal kaynaklar' ve 'yapısal stilini' belirleyen soruları kapsamaktadır.

## **1.2. AMAÇ**

Bu çalışma, hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılık durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışma sonucunda hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin psikolojik dayanıklılığını artırmaya yönelik uygulamalara katkı sağlamak hedeflenmiştir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ**

#### **2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Nedir?**

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanabilir. üremi; kronik böbrek yetersizliğinin neden olduğu tüm klinik ve biyokimyasal normallikleri içeren bir deyimdir ve birçok kaynakta kronik böbrek yetersizliği ile eş anlamda kullanılmaktadır.

Kronik Böbrek Hastalıklı (KBH) hastaların büyük bir kısmında böbrek boyutları küçülmüştür ve biyopside primer nedene bağlı olmaksızın glomeruloskleroz görülür. Altta yatan olaya bağlı olarak belli bir süre geçtikten sonra primer neden ortadan kalksa dahi gidişat durdurulamaz ve KBY gelişir. Normalde bir günde iki böbreğin gücü 600 mOsm/gündür ve bu milyon nefron ile sağlanır. Böbreği etkileyen herhangi bir hastalıkta glomerül sayısı azalır ancak yük aynı kaldığı için glomerül başına düşen perfüzyon oranı artar (hiperperfüzyon) ve hiperfiltrasyona bağlı olarak intraglomerüler hipertansiyon gelişir. Büyüme faktörlerinin (örneğin anjiyotensin 2 gibi) olaya karışması ile endotelde yırtılma ve damarlarda trombus oluşur. Böylece glomerüller tükendikçe geride kalanlara binen yük giderek artar ve kreatinin seviyesi yükseldikçe

kreatinin yükselmesi için gereken süre giderek kısalır (25). KBY’de etkilenmeyen organ veya sistem hemen hemen yoktur. Kronik böbrek hastalığı ve yetersizliği sürecinde semptom ve bulgular Tablo 2.1.’de gösterilmiştir.

Hastaların klinik semptom ve bulguları altta yatan patoloji, böbrek yetersizliğinin derecesi ve gelişme hızı ile yakından ilişkilidir. GFH değeri 35-50 ml/dakikanın altına inmedikçe hastalar semptomsuz olabilir. Hastaların ilk semptomları genellikle noktüri ve anemiye bağlı halsizliktir. GFH değeri 20-25 ml/dakika olunca hastada üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlar. GFH değeri 5-10 ml/dakikaya inince son dönem böbrek yetersizliğinden bahsedilir ve hastalar diyaliz, renal transplantasyon gibi renal replasman tedavilerine gereksinim duyarlar (26,27).

**Tablo 2.1.Kronik böbrek hastalığı ve yetersizliği sürecinde semptom ve bulgular (25)**

<b>Sistem</b>	<b>Bulgular</b>
Deri	Damar cidarına kalsiyum fosfat çökmesi sonucunda oluşan iskemik ülserler (kalsifilaksis), hiperpigmentasyon, kaşıntı izleri
Solunum sistemi	Kussmaul solunumu, aşırı sıvı birikimi sonrasında akciğer ödemi (üremik akciğer), plevral effüzyon, spesifik ve nonspesifik infeksiyonlar
Kardiyovasküler sistem	Hipertansiyon, kardiyomiopati, kalp yetersizliği, iskemik kalp, sol ventrikül hipertrofisi, aritmiler, üremik perikardit
Gastroenterohepatik sistem	Stomatit, bulantı, kusma, inatçı hıçkırık, mukozal ülserasyonlar, peptik ulkus, pankreatit, değişik etyolojili hepatitler
Metabolik bulgular	Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT)’de diyabetik eğri, diyabetiklerde hipoglisemi, hipertrigliseridemi, hiperkolesterolemi, hiperürisemi
Hemopoetik sistem	Anemi, immunosupresyon, kanama diyatezi
Endokrin sistem	Sekonder hiperparatiroidi, impotans, sterilite, frijidite, hiperprolaktinemi, adet düzensizlikleri, tiroid fonksiyon bozuklukları

Lokomotor sistem	Renal osteodistrofi, adinamik kemik hast., osteomalasi, spontan tendon rüptürü, patolojik fraktür, $\beta$ 2 -mikroglobulin amiloidozu, karpal tünel sendromu, kristal artropatileri, miyopatiler
Sıvı-elektrolit dengesi	Hipervolemi, hipovolemi, hiperpotasemi, hipopotasemi, hipernatremi, hiponatremi, metastatik kalsifikasyonlar, tetani, hipermagnezemi
Asit-baz dengesi	Artmış anyon açıklı ve normal anyon açıklı metabolik asidozlar
Nöromüsküler sistem	Otonom nöropati, istemsiz hareketler, konvülziyonlar, huzursuz bacak sendromu, diyaliz dengesizlik sendromu, diyaliz demansı
Psikiyatrik bulgular	Konsantrasyon bozukluğu, çevreyle uyumsuzluk, tedaviye uyumsuzluk, anksiyete, ajitasyon, depresyon, intihar meyli

### 2.1.2. KBY Evreleri

Böbrek hasarının en sık rastlanan ve kolayca saptanabilen göstergesi proteinüridir. Kronik böbrek hastalarında hesaplanan GFH değerine göre evrelere ayrılır. Evre 1, GFH değerinin iyi korunduğu ancak proteinürisi/ albuminürisi olan hasta veya böbrek görüntülemesinde değişikliklerin bulunduğu durumlardır. Evre II KBY, böbrek hasarı ile birlikte azalmış GFH değerinin bulunması (60-89 mL/dk/1.73 m<sup>2</sup>) durumudur. Evre III de GFH değerinde orta derecede azalma (59-30 mL/dk/1.73 m<sup>2</sup>), Evre IV’de ise ciddi GFH değerinin azalması (29-15 mL/dk/1.73 m<sup>2</sup>) söz konusudur. Evre V böbrek yetmezliği aşaması olup GFH değeri 15 mL/dk/1.73 m<sup>2</sup> nin altına indiği renal replasman tedavisinin gerekli olduğu evredir. KBY evreleri Tablo 2.2’de gösterilmiştir (25,28,29).

Kıdney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) Guidline 2013 verileri Tablo 2.3’de albüminürinin >300mg/g değerlerin üzerinde ciddi artmış risk içermekte olup hastaların renal replasman tedavisine başlanması gerekli olduğu evredir.

**Tablo 2.2. Kronik Böbrek Hastalığının National Kidney Foundation–Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-KDOQI) Sınıflamasına Göre Dereceleri (30)**

Evre	Tanımlama	GFH ml/dak 1.73m <sup>2</sup>	Uygulamalar
1	Normal veya artmış GFH ile böbrek hasarı	≥ 90	-Tanı ve tedavi -Co-morbid durumlar -İlerlemenin yavaşlatılması -Kardiyo vasküler hastalık (KVH)
2	Hafif azalmış GFH ile böbrek hasarı	60-89	-İlerlemenin kontrolü -Komplikasyonların Tedavisi
3	Orta derecede azalmış GFH	30-59	-Komplikasyonların değerlendirilmesi ve tedavisi
4	Ciddi azalmış GFH	15-29	-Böbrek replasman tedavisi hazırlığı
5	Böbrek yetmezliği	< 15 (veya diyaliz)	-Böbrek replasman tedavisi

**Tablo 2.3. Kronik Böbrek Yetmezliğini Albuminüri'ye göre değerlendirme (31)**

Evre	İdrar Albumin/kreatinin oranı	Tanımlama
A1	< 30 mg/g	Normal ya da hafif artmış risk
A2	30-300 mg/g	İlımlı artmış risk
A3	>300 mg/g	Ciddi artmış risk

### 2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliği nedenleri

Genel olarak KBY en sık görülen nedenleri diyabet, hipertansiyon, glomerülonefritler, interstisyel nefritler, ürolojik nedenler (idrar yolu taşları ve idrar yolu tıkanmaları) ve kistik böbrek hastalıklarıdır. Ülkemizde son dönem böbrek yetmezliğine (SDBY) yol açan hastalıklar arasında ilk üç neden diyabet, hipertansiyon, glomerülonefritler olup bunları ürolojik hastalıklar, kronik tubülointerstisyel hastalıklar ve pyelonefritler izlemektedir.

**Tablo 2.4. 2013 yılı içinde ilk RRT olarak Hemodiyalize (HD) başlanıp kronik HD programına alınan hastalar (32)**

Etyolojiye göre	%
Diabetes mellitus	36,45
Hipertansiyon	28,59
Glomerülonefrit	6,53
Polikistik böbrek hastalıkları	2,64
Amiloidoz	1,55
Tübülointerstisyel nefrit	1,16
Renal vasküler hastalık	1,07
Diğer	8,46
Etyoloji bilinmeyen	13,55

#### **2.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikleri**

Hastaların böbrek yetmezliğinin derecesi ve gelişme hızı klinik semptom ve bulguları altta yatan patoloji ile yakından ilişkilidir. Böbreğin GFH değeri 35-50 ml/dakikanın altına inerse bile böbreğin bozulmaya başlayan belirtileri hissetmeyebilirler. İlk semptomları genellikle gece idrara çıkma ve anemiye bağlı genel halsizlik halidir. GFH değeri 20-25 ml/ dakikaya inmesiyle hastada üremik belirti ve bulgular görülmeye başlar. Bu belirti ve bulgular Tablo 2.5’de gösterilmiştir. GFH değeri 5-10 ml/dakikaya inmesiyle SDBY söz edilebilir ve hastaların diyaliz tedavisi, böbrek nakli gibi RRT uygulanması gerekir (33).

**Tablo 2.5. Kronik böbrek yetmezliğinin klinik özellikleri (33)**

<b>Sıvı-Elektrolit Bozuklukları:</b> Hipovolemi, hipervolemi, hiponatremi, hipokalsemi, hiperpotasemi, hipopotasemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz, hipermagnezemi.
<b>Sinir Sistemi:</b> Stupor, koma, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları, demans, konvülsiyon, polinöropati, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, konsantrasyon bozuklukları, yorgunluk, meningizm, huzursuz bacak (restless leg) sendromu, tik, tremor, myoklonus, ter fonksiyonlarında bozulma, ruhsal bozukluklar.

<b>Gastrointestinal Sistem:</b> Hıçkırık, protit, gastrit, iştahsızlık, stomatit, pankreatit, ülser, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, kronik hepatit, motilite bozuklukları, özefajit (kandida, herpes), intestinal obstrüksiyon, perforasyon, asit.
<b>Hematoloji-İmmünoloji:</b> Normokrom normositer anemi, elektrolit fralijitesinde artış, kanama, lenfopeni, infeksiyonlara yatkınlık, kanser, mikrositik anemi (alüminyuma bağlı), aşı ile sağlanan immünitede azalma, tüberkülin gibi tanısal testlerde bozulma.
<b>Kardiyovasküler Sistem:</b> Perikardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomiyopati, hızlanmış atheroskleroz, aritmi, kapak hastalığı.
<b>Pulmoner Sistem:</b> Plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem.
<b>Cilt:</b> Kaşıntı, gecikmiş yara iyileşmesi, solukluk, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, üremik döküntü, ülserasyon, nekroz.
<b>Metabolik-Endokrin Sistem:</b> Glukoz intolerasyonu, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon, hiperprolaktinemi.
<b>Kemik:</b> Üremik kemik hastalığı, hiperparatiroidi, amiloidoz (beta <sup>2</sup> -mikroglobülin), D vitamini metabolizması bozuklukları, artrit.
<b>Diğer:</b> Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, akkiz renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu, noktüri (1).

### 2.1.5. Kronik Böbrek Hastalığının Önemi

Kronik böbrek hastalığı sıklıkla böbrek fonksiyonlarında bozulmaya yol açar; KBY ve ardından SDBY ile sonuçlanır. SDBY çok önemli ekonomik, sosyal ve tıbbi sorunlara sebep olur:

**1. Ekonomik sorunlar:** Ülkemizde bir HD hastasının yıllık tedavi maliyeti ortalama 25.000 dolardır; halen yaklaşık 60.000 diyaliz hastasının bulunduğu göz önüne alınırsa 1 yılda yalnızca diyaliz hastaları için ayrılan kaynak yaklaşık 1.5 milyar dolara erişir. Bu rakam değişik komplikasyonların tedavisini içermez.

**2. Sosyal sorunlar:** Kronik böbrek hastalarının önemli bir kısmında HD veya transplantasyon gerektiren SDBY gelişir. Çok pahalı olan bu tedavi

şekillerini sosyal sağlık güvencesi olmayan bir hastanın karşılayabilmesine imkan yoktur. Ayrıca, HD hastalarının sürekli olarak bir sağlık merkezine bağımlı yaşamaları, periton diyalizi (PD) hastalarının uygulamak zorunda olduğu tıbbi manipülasyonlar, transplantasyon hastalarının sürekli immunosupresif ilaç kullanmaları bu hastaların günlük aile yaşamlarında önemli problemlere neden olur. Diyet uygulamaları, maddi ve manevi zorluklar sosyal problemlerin ve boşanmaların çok sık olmasına sebep olur.

**3. Tıbbi sorunlar:** SDBY hastalarda hemen tüm organ ve sistemler etkilenir; tıbbi problemler çok sık meydana gelir. Beklenen yaşam süresi genel popülasyona göre anlamlı derecede azalır. HD hastalarındaki 1 yıllık mortalite oranı %10 ile %25 arasında değişiklik gösterir (34).

## **2.2. HEMODİYALİZ**

### **2.2.1. Hemodiyaliz Nedir?**

Hemodiyaliz, yarı geçirgen bir membran aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-solüt değişimini temel alan bir tedavi modelidir. Sıvı ve solüt hareketi, genellikle hastanın kanından diyalizata doğrudur ve bu diyalizatın uzaklaştırılması ile hastada mevcut olan sıvı-solüt dengesizliği normal değere yaklaştırılır.

Deneysel olarak ilk HD uygulaması 1913 yılında nefrektomize köpekler üzerinde uygulanmıştır (25,33). İnsanda ilk HD uygulaması ise 1944 yılında Hollandalı bir hekim olan Kolff tarafından yapılmıştır. Bu uygulamada yarı geçirgen membran olarak sellüloz asetat membran ve antikoagülan olarak heparin kullanılmıştır.

Otuz-kırk yıl önce, SDBY olan hastalar günler-haftalar içinde hayatlarını kaybederlerdi. Diyaliz teknolojisinde sağlanan gelişmeler, bu hastalarda önce yaşam süresini uzatmış, daha sonra yaşam kalitesinin artmasına neden olmuştur. KBY'nin medikal tedavisinde kullanılan yeni ilaçların bulunması ve geliştirilmesi ile vasküler girişim yolu yaratmada sağlanan başarılar da bu hastalarda yaşam süresi ve kalitesinin artmasına katkıda bulunmuştur (25,35).

### 2.2.2. Hemodiyalizde Fizyolojik Prensipler

Hemodiyaliz tedavisinin amacı, uygun sıvı ve solüt değişimini gerçekleştirmektir. Sıvı ve solüt değişimi difüzyon, ultrafiltrasyon ve konveksiyon olmak üzere üç temel prensipten oluşur (Şekil 2.1). Difüzyon, membranın iki yanındaki konsantrasyon farkı nedeni ile solütün konsantrasyonu yüksek olan taraftan düşük olan tarafa geçişi ile olur (36).

Difüzyonu etkileyen başlıca parametreler:

1. Membranın her iki yanındaki konsantrasyon farkı,
2. Solütün molekül ağırlığı ve hızı,
3. Membran direncidir.

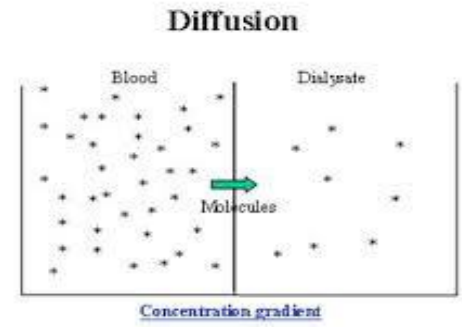
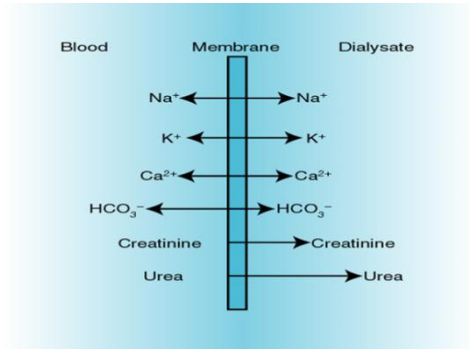
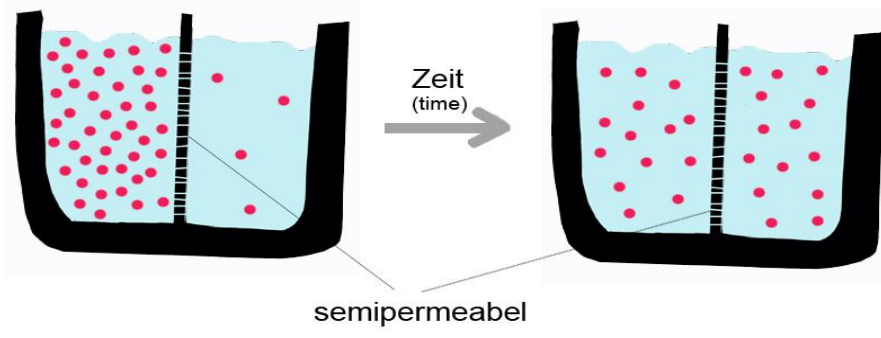
Membranın bir yanında hastanın kanı, diğer yanında ise diyalizat bulunur. Diyalizatta üre, kreatinin gibi artık ürünler bulunmaz, böylece üre ve kreatinin difüzyonu en etkin şekilde gerçekleşir. HD için kullanılan diyalizatta potasyum konsantrasyonu 2.0 mEq/L ise, plazma potasyum konsantrasyonu 6.0 mEq/L olan bir hastadan diyalizata doğru potasyum transferi olur. HD difüzyonun etkinliğini arttırmak için zıt akımlar prensibi uygulanır, yani hastanın kan akımı ile diyalizat akımı ters yönlüdür (Şekil 2.2).

Konveksiyon, su ve içinde molekülerin yarı geçirgen bir membran aracılığıyla hidrostatik basınç farkı ve ultrafiltrasyon sırasında suyun içinde eriyik halde bulunan moleküllerin sürüklenmesi ile oluşur (şekil 2.3).

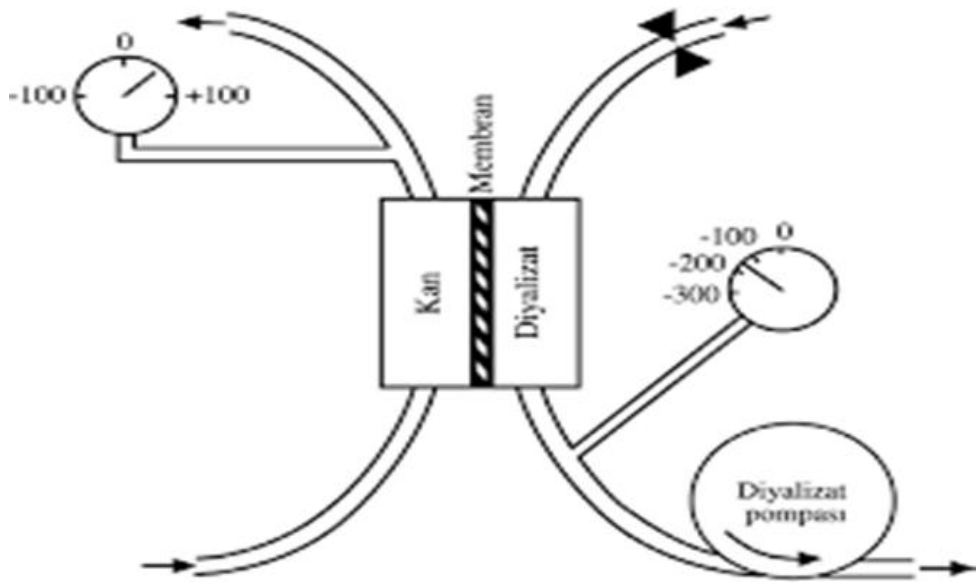
Ultrafiltrasyon ise uygulanan basınç nedeni ile membranın bir yanından diğer yanına sıvı geçişidir. Sıvı geçişine solüt geçişi de eşlik ettiğinden (konveksiyon), ultrafiltrasyon solüt değişimine de katkıda bulunur. HD ultrafiltrasyona yol açan basınç hidrostatik basınç ile gerçekleşir (Şekil 2.5).

Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı (erişkinde genellikle yaklaşık dakikada 200-600 ml) ve membran olarak diyalizör ile makine kullanılmalıdır (36,37).

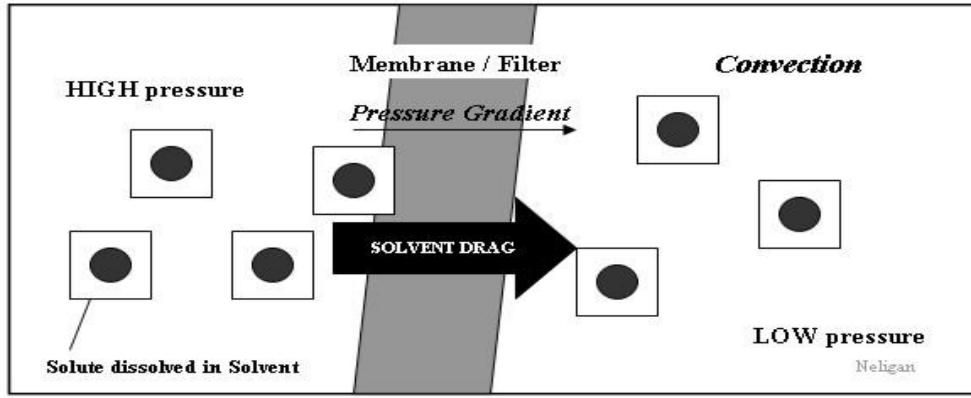




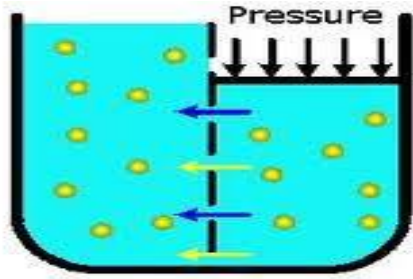
Şekil 2.1. Difüzyon; küçük molekül ağırlıklı maddeler membranın iki yanına da geçebilir (36).



Şekil 2.2. HD akımlar: Suda eriyebilen, plazma proteinlerine bağlı olmayan düşük molekül ağırlıklı maddeler hemodiyaliz ile vücuttan uzaklaştırılırlar (36).



Şekil 2.3. Konveksiyon; hidrostatik basınç etkisiyle su ile beraber moleküllerin membranın öbür tarafına sürüklenmesi ile geçiş yaparlar (36).



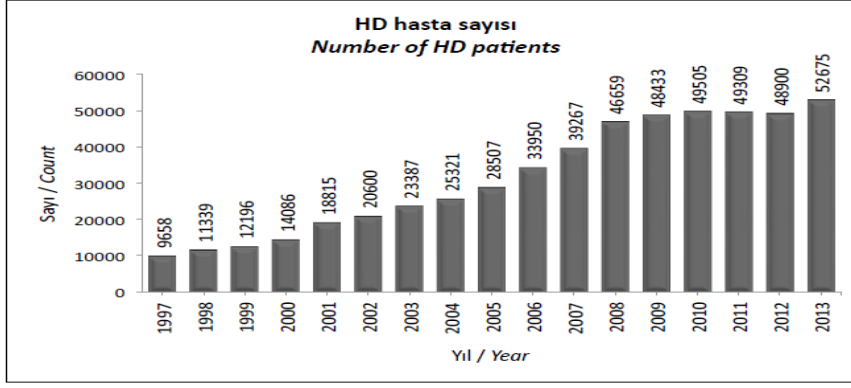
## Ultrafiltration

(Solution moves by pressure gradient)

Şekil 2.4. Hidrostatik basınç farkı ile yarı geçirgen bir membrandan yüksek basınç etkisi ile düşük basınca doğru su geçişi (36).

### 2.2.3. Hemodiyaliz Tedavisi

Kronik HD tedavisi, hastanın kalan böbrek fonksiyonlarına ve diyetle aldığı protein miktarına bağlı olmak üzere haftada 2-3 kez 4-6 saat süre ile uygulanır. Yetersiz diyaliz bu hastalarda morbidite ve mortaliteyi artıran önemli bir etkidir. HD tedavisi uygun cihaz ve ekipmanla evde veya hastanede yatak başında da uygulanabilir. 2013 yılı içinde ilk RRT olarak HD'e başlanıp kronik HD programına alınan hastalar Tablo 2.5 gösterilmiştir.



**Şekil 2.5. Yıllara göre hemodiyalizde izlenen hasta sayıları (Sağlık bakanlığı verisine göre düzenlenmiştir)**

#### **2.2.4. Kronik Hemodiyaliz Endikasyonları**

Kronik böbrek yetmezliği gelişen hastalarda bir süre GFH değerlerinin iyice düşmesi sonucu SDBY gelişir ve bu hastalar diyaliz tedavisi uygulanması gerekir. GFH değerinin belirlenmesinde en sık kullanılan yöntem olarak kreatinin klirensi kullanılır.

Pratik olarak kreatinin klirensi 10 ml/dakikanın altına inince veya kreatinin düzeyi 12 ml/dl'yi ve BUN (blood urea nitrogen: kan üre azotu) 100 ml/dl'yi aşınca kronik diyaliz tedavisi uygulanmaya başlanır.

Diyabetik hastalarda, kreatinin klirensi 10 ml/ dakikanın üzerinde iken kronik diyaliz tedavisine başlamak gerekebilir; çünkü diyaliz tedavisine başlamadan kan basıncı yüksekliğini kontrol altına almak mümkün olmayabilir. Kontrolsüz hipertansiyonun başta diyabetik nefropati olmak üzere diyabetik vasküler hastalık üzerine çok olumsuz etkileri bulunmaktadır.

Kreatinin klirensi 10 ml/dakikanın üzerinde olduğu halde hastalarda, üremiye bağlı nöropati, perikardit, malnütrisyon veya kanama gibi belirti ve bulgular gelişirse de kronik diyaliz tedavisi uygulanmalıdır. KBY'de diyalize başlama endikasyonları Tablo 2.6'da gösterilmiştir (38).

**Tablo 2.6. Kronik böbrek yetmezliğinde diyalize başlama endikasyonları (38)**

<b>Kesin endikasyonlar</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Üremik perikardit,</li><li>2. Üremik ensefalopati veya nöropati (konvülsiyon, oryantasyon bozukluğu, konfüzyon, myoklonüs),</li><li>3. Pulmoner ödem ve tıbbi tedaviye cevapsız hipervolemi,</li><li>4. Kontrol altına alınamayan hipertansiyon,</li><li>5. Üremik kanamalar,</li><li>6. Sık bulantı, kusma ve halsizlik,</li><li>7. Kreatinin düzeyi &gt;12mg/dl ve BUN &gt;100mg/dl,</li><li>8. Akut psikoz,</li><li>9. Malnütrisyon,</li></ol>
<b>Rölatif endikasyonlar</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hafıza ve bilişsel fonksiyonlarda bozulmalar,</li><li>2. Erken periferik nöropati,</li><li>3. Diüretiklere yanıtız periferik ödem,</li><li>4. İnatçı kaşıntı,</li><li>5. Serum kalsiyum ve fosfor düzeyinin iyi kontrol edilememesi,</li><li>6. Eritropoetin tedavisine dirençli anemi.</li></ol>

### **2.2.5. Hemodiyalize Bağlı Kayıplar**

**1) Fiziksel işlev kaybı:** HD işlemleri ile böbreğin kısmi birtakım işlevlerini ancak yerine getirilebilir. Özellikle bulantı-kusma, kaşıntı, halsizlik, efor vb gibi sorunları olduğunda, bir de diyaliz seansı sırasında kan basıncı düşmesine bağlı belirtiler eklendiğinde, hasta sağlığını ve özerkliğini yitirdiği zannedip, tekrar kazanamayacağı endişesi hisseder.

**2) Ekonomik güvence kaybı:** Ailede bir bireyin HD programına girmesi çoğu kez bir ekonomik yıkım nedeni olabilmektedir. Hasta bireyin işgücü kaybı yanı sıra tedavi masrafları, HD merkezlerinin bulunduğu büyük kentlerde yaşamak ek yük oluşturmaktadır. HD hayatını idame ettirebilmek adına zaman ayrılması gereken bir durum olduğundan hasta bireyden çalışması beklenmemelidir (39). Hasta erkekse bazen karısı çalışmaya başlamakta, hasta kadınsa kocası HD

nedeniyle işini aksatmaktadır. Bu da ekonomik kayıpların artmasına neden olmaktadır.

**3) Aile Düzeni Bozulması:** HD hastalarının eşleri üzerinde yapılan araştırmalar, psikolojik yakınlık gereksiniminin yanı sıra, agresif olduklarını göstermiştir (40). Hastalığın ilk başında aile bireylerinin ilgili oldukları, sonra ilgilerini kaybettikleri, dost ve akrabaların da arayıp sormadıkları gözlenmektedir. Buna karşılık, hastalarda da aile bireylerinin söz ve davranışlarına karşı aşırı duyarlılık ortaya çıkmaktadır. HD hastalarının eşlerinin hastalara olumsuz duygular geliştirmelerinin önemli bir nedeni de hastaların cinsel işlev kayıplarıdır.

### **2.2.6. Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikolojik Özellikler**

Kronik böbrek yetmezliği yaşayan hastalardaki psikososyal kayıplar kişilerin uyum düzeylerini önemli ölçüde etkilemektedir. Psikolojik, sosyal ve fiziksel işlev kayıpları uyum sorunlarına yol açmakta, bu sorunlar kişiden kişiye önemli ölçüde değişmekle birlikte bazı ortak psikolojik örüntülerden kaynaklanmaktadır (26,41,42).

**1) Bağımlılık - bağımsızlık çatışması:** Hiçbir kronik hasta, HD hastaları kadar kuruma bağımlı değildir. Kemoterapi hastalarında bile zaman zaman tedaviye ara verilmektedir. Bu süreçte HD hastaları aynı anda birbirine zıt iki mesaj alırlar:

a) Hastalığın ve tedavinin yan etkilerini (özellikle halsizlik, uykuya eğilim) kabul etmek, makineye bağımlı olmak, diyetle dikkat etmek zorunda olan hasta.

b) Makineye girmediği gün tümüyle sağlıklı bir insan gibi davranması gereken bir hastadır.

Hasta bu çatışmayla üç şekilde mücadele eder:

1) Bazıları çatışmanın iki yönünde de yaşarlar (tedavi sırasında bağımlı, tedavi dışında bağımsız)

2) Bazıları aşırı bağımlılığı tercih eder, hasta rolünü benimser ve yaşam sorumluluklarından uzaklaşırlar.

3) Bağımlılıktan korkanlar ise hastalığa ve tedaviye isyan ederler. Genellikle anksiyetesi fazla olan hastalar tedavi programının gerektirdiği bağımlılığı tolere edemezler (43,44). Sağlık personelinin tedaviye yönelik önerilerine uymama sık rastlanır. Özellikle diyet ve ilaçlara uymama, negativizm, çocuksu davranışlar, sağlık personeline öfke, pazarlık gibi belirtiler sergilerler.

Yaşlılar ve çocuklar sıklıkla tedaviye genç erişkinlerden daha iyi uyum sağlarlar (45). Bunun nedeninin çocuklarda, çocuğun yaşamın böyle olduğunu düşünmesi, yaşlılarda ise yaşamdan beklentilerinin düşük olması ve başka uğraşlarının olmaması olduğu düşünülmektedir.

**2) Yaşam-Ölüm Çatışması:** HD hastaları ölüm düşüncesinden çok, uzamış yaşamın sorunlarını düşünürler(26). Kalp hastalarından farklı olarak ölüm korkusundan çok gerektiğinden fazla yaşama korkusu vardır. Uzamış yaşamın, uzamış ölüme dönüşmesinden endişe içindedirler. Genellikle yaşam güçleri ağır basar ve hasta komplikasyonlarla birlikte yaşamaya alışır. Ancak çekilen acılar alınan zevkin ötesine geçerse kendine zarar vermeye yönelik eylemler (ör. intihar) başlayabilir.

**3) İnkâr Eğilimi:** Birçok kronik hastalıkta olduğu gibi HD hastaları da sıklıkla inkar mekanizmasına başvururlar (26,41,46). Bunun en önemli belirtisi hastaların HD geçici bir tedavi olarak düşünmeleridir. Birçok hasta bir süre sonra iyileşeceğini düşünür. Bu inkar çoğu kez sanrıya benzer. Ortadan kaldırılmak istense de kolayca kaldırılamaz. İnkârın, genellikle hastanın mücadele gücünü arttırdığı düşünülür (47). Ancak, Devins ve arkadaşları inkar mekanizmasını en fazla kullanan hastaların ortalama yaşam süresinin daha kısa olduğunu belirtmiştir (48). Bazı gözlemlere göre inkarın ortadan kalkması intiharla sonuçlanan depresyonlara yol açmaktadır (26). Bazen inkar o denli şiddetlidir ki hasta, hasta olduğunu kabul etmediğinden tedaviyi reddeder (psikotik inkar). Bazı hastaların psikiyatristlerle görüşmeye isteksiz olmaları da bu inkardan kaynaklanır. Psikiyatrist, başarıyla sürdürülen inkara karşı bir tehdit oluşturur ve hasta herhangi bir psikolojik sorunu olduğunu reddeder.

**4) Beden imgesi bozuklukları:** Birçok hasta HD makinesini kendi bedeninin bir uzantısı olarak ya da bedenini makinenin bir uzantısı olarak görür

(43,48,49). Sıklıkla makineye insani özellikler yüklerler. Onunla konuşur, ona öfkelenir. Ancak bu algılar çoğu kez bilinç dışıdır. Psikoza dönüşmesi nadir görülür. HD hastalarıyla ilgilenen sağlık personeli de benzer rüya ve fantaziler tanımlıyor (Ör. rüyasında diyaliz hastalarını uzaylılara ya da korku filmi yaratıklarına benzetmek) (26). Bir diğer sembolizm de HD makinesini plasentaya benzetmektir. Bazı hastalar diyaliz sırasında intra-uterin pozisyona geçerler. Bir diğer tema ise HD hastasının tam canlı olmayan bir yaratık ya da bir "yaşayan ölü" olmasıdır. Hastaların soluk rengi de bu fanteziyi destekler. Buna karşılık transplantasyon hastaları yeniden doğduklarını hissederler.

### **2.2.7. Hemodiyaliz Hastasındaki Tepki Dönemleri**

Bireysel farklılıklar görülmekle birlikte hastaların tepkileri genellikle belirli dönemlerden geçer (26,46).

- 1) **Üremik Dönem:** Henüz HD başlamayan hastalarda KBY belirtileriyle birlikte ölüm korkusu, umutsuzluk, halsizlik ve zihinsel çökkünlük görülür.
- 2) **Anksiyete Dönemi (Diyaliz başlangıcı):** Bu dönemde ortaya çıkan anksiyete hastaların tedaviyle ilgili endişelerinden meydana gelir.
- 3) **Balayı Dönemi (Diyalizde ilk üç hafta):** Semptomların gerilemesiyle birlikte hasta ölümden döndüğünü hisseder, apati azalır, öfori olur.
- 4) **Depresyon Dönemi:** İlk üç hafta ya da 8-9 diyalizden sonra hasta içinde olduğu bağımlılığın farkına varır, öfori geriler. Tedaviye uyum güçlükleri ve depresyonun sık görüldüğü bu dönem genellikle 3-12 ay sürebilir.
- 5) **Uyum Dönemi:** Makineye alışılmış, yaşam ilgi alanlarına geri dönüş olur. İleriye dönük beklenti ve plan yapmaya başlarlar.

### **2.2.8. Hemodiyalizde Psikiyatrik Sorunlar**

#### **A) Organik Mental Bozukluklar:**

- 1) **Kognitif Bozukluk:** Üremi, anemi, ilaç toksisitesi, elektrolit denge bozukluğu, hipertansiyon ve diğer sistemik hastalıklara bağlı oluşur. Bellek

bozukluğunun yanı sıra konsantrasyon bozukluğu, apati, halsizlik, uykuya eğilim, uykusuzluk görülebilir. HD böbrek işlevlerini tümüyle yerine getirememesi ile meydana gelir (50).

**2) Diyalitik Denge Bozukluğu:** Genellikle hızlı diyalize bağlı bir tablodur. Hastada baş ağrısı, denge ve konuşma bozukluğu, kaslarda seyirmeler, titreme, istemsiz hareketler, bellek bozukluğu, ajitasyon ve konvülsiyonlar oluşur. Olasılıkla 'beyin omirilik sıvısında ürenin kandan daha hızlı düşmesi sonucunda beyin-omirilik boşluğunda hiperosmolarite ve su tutulumuna bağlı gelişir (51). Tedavide deferoksamin, alüminyumsuz diyaliz solüsyonu ve semptomatik olarak psikotrop ilaçlar verilebilir (27).

**3) Diyalitik Ensefalopati (Demans):** İlk kez 1972'de tanımlanan bu tabloda denge ve konuşma bozukluğu, apraksi, miyoklonus, fokal nöbetler ve pareziler, delirium epizodları, giderek paranoid sanrılar ve demans meydana gelir (52). Genellikle iki yıldan fazla uygulanan hastalarda görülür. Ölümcüldür. HD sıvısındaki alüminyum ve çinkonun beyinde birikimi ile ilişkili olduğu zannedilmektedir (54).

#### **B) Anksiyete:**

Birçok araştırma HD hastalarında anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermiştir (53,54). HD hastalarında anksiyete, psikiyatrik tanı kategorileri arasında yer alan anksiyete bozukluklarının tipik belirtilerinden çok daha önce sıralanan uyum bozukluğu belirtilerinin daha belirginleşmesi biçiminde gözlenmektedir (55). Daha önce belirtildiği gibi makineye bağımlılık, kısıtlı özerklik, fiziksel, mesleki ve ailesel kayıplar, düşük yaşam kalitesi, gelecek belirsizliği, cinsel işlev bozukluğu, ekonomik yetersizlik anksiyete oluşturmaktadır. Katastrofik tepkiler, öfke ve inkar sık meydana gelir. Duygularını ifade edebilen, yeni ilgi alanları yaratabilen hastalar daha kolay uyum sağlarlar (42). Diğerlerinde ise psikiyatrik yardıma gereksinim duyulur.

#### **C) Depresyon ve İntihar:**

Hemodiyaliz seyrinde sık görülen komplikasyonlardan biri olan depresyon büyük ölçüde kayıplardan meydana gelmektedir. Bu hastalarda depresyon bir kısır döngüye sebep olur. Depresyon, genellikle fiziksel durumun



kötüleşmesi ile ilişkilidir. Ancak depresyonun varlığı da immün sistemi, kişisel hijyeni ve mücadele gücünü etkileyerek hastalığın seyrine olumsuz etkide bulunur ve ortalama yaşam süresini kısaltır (56,57). HD hastalarında depresyonun normal popülasyondan sık görüldüğü bilinmektedir (26,27). Ancak bu konuda sağlıklı bir prevalans rakamı vermek olanaklı gözükmemektedir (57). Metodolojik farklılıklar (farklı tanı kriterleri, farklı ölçekler, fiziksel hastalığın farklı evreleri, depresyon belirtilerinin KBY belirtileriyle karıştırılması v.b) nedeniyle çeşitli araştırmalarda çok farklı oranlar bildirilmektedir (58). Smith ve arkadaşları (1985) aynı hasta popülasyonunda üç ayrı ölçek kullanarak % 47,10 ve 5 oranlarını bulmuşlar (59). Hinrichsen ve arkadaşları (1989) yapılan çalışmada minör depresyon için %17,7, majör depresyon için % 6,5 oranlarını bulmuşlardır (60). Çeşitli çalışmalarda bulunan oranların genellikle diğer kronik hastalıklar için verilen oranların altında oluşu dikkat çekicidir (61). Bu da HD hastalarının inkarı daha çok kullanmasıyla açıklanabilir. HD hastalarında intihar oranı da normal popülasyondan yüksektir. Ancak bu konuda da bildirilen oranlar çok çeşitlidir (%0,195-4,6). Bunun en önemli nedeni bu hastalarda intiharı tanımlamanın çok güç olmasıdır (26,57). Hastanın kasıtlı olarak diyetine uymayıp ölmesi de bir tür "pasif intihar" sayılabilir (26). Bu hastalarda kendine zarar verici eylemler bir spektrum oluşturur: Diyetten kaçamak yapanlar, diyete kasten uymayanlar, tedaviyi reddedenler, aktif intihar girişimlerinde bulunanlar (62).

#### **D) Cinsel İşlev Kaybı:**

Her iki cinste de cinsel işlev bozuklukları gözlenmektedir (26,27,42). Kadınlarda cinsel istek azalması ve orgazm olamama tanımlanmıştır (42). Erkeklerde yapılan bir araştırma cinsel işlev bozukluluğunun % 70 oranında görüldüğünü göstermiştir (63). Erkeklerde gözlenen sorunlar arasında empotans, infertilite ve sık mastürbasyon vardır. Bazı hastalar penisleri idrar boşaltmayınca cinsel işlevini de yitirdiğini düşünürler. Abram ve arkadaşları (1975) 32 erkek hastada cinsel ilişki sıklığının % 50 azaldığını bulmuşlar (64). % 20'sinde cinsel güç azalmamış, %45'inde böbrek hastalığı cinsel güç azalmasına neden olmuş, %35'inde ise HD başladıktan sonra cinsel güç azalmış. Buna karşılık %40'ı HD sonrasında cinsel işlevlerde düzelme tanımlamış. Bu sonuçlarda da görüldüğü gibi cinsel işlev kaybının derecesi ve nedenleri oldukça tartışmalıdır. Bunların oluşmasında fiziksel ve psikolojik nedenlerin birlikte rol oynadığı

düşünülmektedir. Bunlar arasında endokrin değişiklikler, ilaçlar, genel fiziksel durum, aile içi sosyal rol değişikliği ve depresyon sayılabilir (63).

## **2.3. PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK**

### **2.3.1. Psikolojik Dayanıklılık Kavramı**

Psikolojik dayanıklılık son yıllarda psikoloji konusunda yapılan araştırmaların içinde önemli bir yer tutarak, pozitif psikolojinin gözde kavramları arasında yerini almıştır (65,66). Dayanıklılığın zorluklar karşısında direnmek ve toparlanmak anlamına geldiği ve pozitif uyumu içeren dinamik bir süreç olduğu ifade edilmektedir (67). Psikolojik dayanıklılık iki önemli kavramı barındırmaktadır. Birincisi her türlü olumsuz koşulu ve stresli yaşam olaylarını içeren zorluk, ikincisi davranışsal ve sosyal becerileri içeren pozitif uyumdur (68).

Literatürde dayanıklılık kavramı; 1960-1970 yılları arasında gelişimsel patoloji araştırmalarında yenilmez ve sağlam çocuk kavramları ile ilk olarak yer almıştır (69). Gelişimsel patoloji araştırmalarında işlevsiz ve sorunlu ailelerde yetişmelerine rağmen ruh sağlığı yerinde olan çocuklar için yenilmez ve sağlam çocuk ifadeleri kullanılmış ve bu özelliğin doğuştan getirilen bir özellik veya başa çıkma tarzı olduğu belirtilmiştir (70). Bu bağlamda aile; çocuğun dayanıklılığı için bir risk faktörü olarak değerlendirilmiş (71) ve betimleyici çalışmalarla risk altındaki çocukların yaşam kaliteleri arttırılmaya çalışılmıştır (72).

Yapılan araştırmalarda; dayanıklı olma hali normal gelişimin ve uyum sisteminin bir fonksiyonu olarak belirlenmiş; psikolojik dayanıklılığın bireysel, ailesel ve sosyo-kültürel etmenlerin etkileşiminden (15) oluştuğu ifade edilmiştir. Yapılan çalışmalarda üç etmen ve bunlarla ilişkili olduğu değerlendirilen risk, yatkınlık ve koruyucu faktörlerin etkisi birlikte ele alınmıştır (72).

### **2.3.2. Psikolojik dayanıklılık risk, yatkınlık ve koruyucu faktörler**

Psikolojik dayanıklılık kavramı kapsamında yapılan araştırmalarda risk, yatkınlık ve koruyucu faktörlerin etkileri araştırılmıştır. Risk faktörleri yaşanan problemlere ve problemlerin doğurabileceği olumsuz sonuçların nedenselliklerini sağlayan her türlü süreçtir (67). Risk faktörleri bireysel, ailesel ve çevresel faktörler olarak üç başlıkta incelenebilir. Bireysel risk faktörlerinde uyumsuz ve anti-sosyal davranışlar, stresli yaşam olayları, azınlık olma, cinsiyetin erkek

olması, zor mizaç ve karakter özellikleri ile ciddi tıbbi sorunlar yer almaktadır. Ailesel risk faktörlerinde ise; ailede yaşanan olumsuzluklar ve bireysel patolojiler (alkol kullanımı, depresyon ve kronik hastalıklar), şiddet yaşanması, anne-babanın ayrı yaşaması ya da boşanması, geniş ailenin baskıcı etkileri ve genç annenin tecrübesizlikleri yer almaktadır. Çevresel risk faktörlerinde ise; düşük sosyoekonomik kültürel düzey, fakirlik, şiddet içeren çevrenin varlığı, sapkın arkadaş grupları ve bireysel ihtiyaçların karşılanmaması ve beslenme imkanlarının yetersizliği yer almaktadır (67).

Yatkınlık ise negatif olan bir durumun veya riskli faktörlerin felaketleştirme düşünsel hatası içerisinde abartılı yaşanmasına etki eden her türlü etmendir (örnek: ekonomik koşulların yetersizliği, kronik hastalıklar, düşük zeka seviyesi) (73). Ayrıca yatkınlık risk faktörleri psiko-sosyal eğilim olarak da adlandırılmaktadır. Yapılan araştırmaların bir kısmında risk faktörlerinin çevresel faktörler olduğu, yatkınlığın ise bireysel ve ailesel faktörlerden oluştuğu belirtilmektedir (74). Yatkınlığa sebep olan etmenler tam olarak tanımlanmamasına rağmen çalışmaların bir kısmında duygusal yabancılaşma, bilişsel çarpıtma, dış odaklı kontrole sahip olma, önceden depresyon geçirmiş olma (74) ve uzun süreli kötü yaşam koşullarının varlığı (75) yatkınlık etmenleri olarak değerlendirilmiştir.

Koruyucu faktörler (örnek: içsel denetimli olma hali, iyi ilişkilerin içinde olmak vb) riskli ve negatif durumu olumlu yönde değiştirecek faktörlerdir (68,15). Garnezy (15) koruyucu faktörlerin bireyin kendisinde olan özellikleri (kişinin entelektüel zekası, kişilik yapısı ve özellikleri), sosyal destek sistemlerini, aile bağlarını içerdiğini ifade etmiştir. Rutter (76) ise koruyucu etmenleri; bireylerin maruz kaldığı risk faktörlerinin etkisini ve yaşanan olumsuz olayları azaltan, bireyin benlik algısı ve keline olan saygısını ve kendilik kontrolünü arttıran, bireyin yeniliklere ve olanaklara açık olmasını sağlayan her türlü etmen olarak tanımlamıştır.

### **2.3.3. Psikolojik dayanıklılık ve kişilik özellikleri**

Psikolojik dayanıklılık hali, bireylerin sosyal, duygusal ve bilişsel kişilik özellikleri üzerinde etkili olmaktadır. Sosyal ilişkiler kapsamında psikolojik dayanıklılığa sahip bireyler iletişim becerileri konusunda yetenekli, insanlarla pozitif ilişkiler kuran ve yeni ilişkiler başlatma konusunda etkin bireylerdir.

Duygusal bağlamda psikolojik dayanıklılığa sahip bireyler ise; benlik saygısı yüksek (77), öz yeterliliğe ve öz yeterlilik algısına yüksek düzeyde sahip, öğrenilmiş iyimserliği olan (78) ve zor durumlarda umutlu beklenti içinde olan (77) bireylerdir.

Bilişsel bağlamda ise; entelektüel zeka düzeyleri yüksek (79), problemler ve stresörler karşısında etkin başa çıkabilme mekanizmalarına (23,80) yaratıcılığa ve mizah duygusuna (80) sahiptir. Belirtilen bütün bu özellikler bireye zor durumlarda umutlu beklenti ve kendilik kontrolü sağlamakta ve bireyi problemler karşısında dayanıklı hale getirmektedir. (77).

#### **2.3.4. Psikolojik dayanıklılık ve ailesel özellikler**

Ailenin problemle karşı karşıya kalması durumunda birlikte hareket edebilmeyi başarabilmesi, ailenin koruyucu özelliklerini, ailenin bir problemle karşı karşıya kalmadan ortaya çıkabilecek olası problemler üzerinde düşünerek birlikte önlem almaları, ailenin önleyici özelliklerini göstermektedir (81). Ailenin ilişki kurma ve problem ve çatışma çözme yöntemleri, ailenin yapısı, hayatı anlamlandırma biçimleri ve inanç sistemleri bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını belirleyen önemli faktörlerden bazılarıdır (79). Ailenin iletişim ve problem çözme tarzlarında dürüstlük, açıklık, samimiyet, netlik ve duygusal paylaşımın olması hem bireyin hem de ailenin dayanıklılığını olumlu yönde etkilemektedir (23). Ailenin yapısında esneklik, kararlara birlikte yaklaşım diğer adı ile paylaşılmış liderlik, destek, bağlılık, sadakat ve takım çalışmasının olması da bireyin dayanıklı olmasını kolaylaştırmaktadır. (79,81). Ayrıca ailenin inanç sisteminde; olumlu bakış açısının, dini, ailevi ve manevi değerlerinin ve ritüellerin olmasının bireydeki psikolojik dayanıklılığı olumlu yönde etkilediği gözlemlenmiştir (79).

Ailesel özellikler konusunda yapılan araştırmalarda, psikolojik dayanıklılıkta en önemli faktörün bireylerin birbirleri ile sağlıklı ilişki kurabilmeleri olduğu, özellikle ebeveyn yada yerine geçen bir bireyle kurulan ilişkilerin psikolojik dayanıklılığı olumlu yönde etkilediğinin üzerinde durulmaktadır (18).

### **2.3.5. Psikolojik Dayanıklılık Ve Toplumsal/ Dışsal Destek Sistemleri**

Bireyin sosyal ilişkilerinin içinde yer alan bireylerin (öğretmen, spor koçu, arkadaş, din adamı) desteği bireydeki ve ailedeki dayanıklılığı olumlu etkilemektedir. Ayrıca sosyal çevre içinde yer alan çeşitli kurumların ve organizasyonların varlığı (okul, sağlık, güvenlik kuruluşların vb) ve yapılan etkinlikler de bireyin dayanıklılığını artırmada önemli bir yere sahiptir (82). Blyth ve Roelkepartin (82) sosyal, dini etkinliklerin veya grupların bireyler arasındaki bağları güçlendirdiğini, bireylerin birbirlerinden önemli sosyal beceriler öğrenmelerine (liderlik, paylaşma, takım olma) olanak sağladığını ve bireylerin benlik saygılarını ve psikolojik dayanıklılıklarını artırdığını ifade etmektedir. Özetle bireyin, ailenin veya toplumsal destek sistemin her birinin tek tek veya etkileşimsel dayanıklılığa etkisinin olduğu anlaşılmaktadır (79).

### **2.3.6. Psikolojik Dayanıklılığı Ele Alan Yaklaşımlar Ve Modeller**

Psikolojik dayanıklılıkla ilgili yapılan araştırmalar iki temel yaklaşım içerisinde incelenmiştir. Bunlar; değişken odaklı ve birey odaklı yaklaşımlardır (83). Değişken odaklı yaklaşımlarda; bireyin veya çevrenin risk faktörleri, zorlukları, koruyucu faktörleri ve olumlu özellikleri ele alınmakta ve bireyin risklere karşı koymasını sağlayacak yöntemlerin ve uyum süreçlerinin üzerinde durulmaktadır. Bireysel odaklı yaklaşımlarda ise; bireyleri diğer bireylerden ayıran ve güçlü kılan çeşitli özellikler ele alınmaktadır (72).

#### **2.3.6.1. Psikolojik Dayanıklılığı Değişken Odaklı Ele Alan Yaklaşımlar**

Psikolojik dayanıklılığı ele alan değişken odaklı modeller; eklemeli, etkileşimli ve dolaylı modeller başlığında yer almaktadır. Eklemeli modellerde dayanıklılığa etki eden temel etkenler, etkileşimli modellerde dayanıklılığa etki eden moderatör (moderator) etkenler, dolaylı modellerde de dayanıklılığa etki eden aracı etkenler (mediator) belirtilmiştir (83).

Eklemeli modellerde; bireyin kaynakları veya olumlu özelliklerin, risk faktörlerinin (geniş aile, yoksulluk, annenin eğitim seviyesinin düşüklüğü vb. ) ve hem kaynak, hem risk faktörlerinin birlikte bireyin psikolojik dayanıklılığına ve uyumuna nasıl etki ettiği incelenmektedir. Bireyin yaşamında risklerin olmasının bireyin dayanıklılığını olumsuz etkilediği, kaynakların olmasının ise olumlu etkilediği ifade edilmektedir (83).

Etkileşimli modellerde koruyucu ve yatkınlaştırıcı faktörler, bireyin risklerini önleyen veya azaltan kolaylaştırıcı (Moderatör) olarak ele alınmaktadır. Kolaylaştırıcı olarak en çok belirtilen faktörler bireyin kişilik özellikleri, tehdit edildiğinde ortaya çıkan önleyicilerdir (kriz büroları, acil servisler, sosyal servis kurumları vs) (83).

Dolaylı modellerde ise; risk, koruyucu ve olumlu özelliklere etki edecek aracı etkenler ele alınmaktadır. Dolaylı modellerde birçok uzak risk faktörünün dolaylı olarak bireyin psikolojik dayanıklılığına etki edebileceği ifade edilmektedir. Buna paralel olarak bireylerin psikolojik dayanıklılığına etki edecek etkin ebeveynlik stilleri üzerinde durulmaktadır (83). Son olarak bütün bu değişken odaklı modellerin dayanıklılığı açıklamaya çalışmalarına rağmen, dinamik özellikleri içermediğinden ve birkaç boyutla dayanıklılığı ele aldığından psikolojik dayanıklılığı açıklamada yeterli olmadığı vurgulanmaktadır (84).

### **2.3.6.2. Psikolojik Dayanıklılığı Bireysel Odaklı Ele Alan Yaklaşımlar**

Psikolojik dayanıklılığı ele alan bireysel odaklı yaklaşımların üç çeşit olduğu belirtilmektedir. Bunlar, vaka çalışmaları, risk altında ancak dayanıklı olan gruplarla olan çalışmalar ve karşılaştırmalı grup (risk altında ancak dayanıklı olan gruplar, risk altında ve dayanıklı olmayan gruplar, risk olmayan gruplar) çalışmalarıdır (85).

Vaka çalışmaları bireylerdeki dayanıklılığı doğuştan getirilen faktörlerle açıklamakta ve psikolojik dayanıklılığı açıklayacak nedensellik bağlantıları kurmaktadır (86). Risk altında dayanıklı olan gruplarla yapılan çalışmalarda; dayanıklı olmanın erken yaştan itibaren risk faktörlerini azaltacak olumlu bireysel (yüksek kendilik değeri) ve çevresel özelliklere (iyi bakıcı, vb) sahip olmayla ilgili olduğu vurgulanmaktadır. Ancak bu çalışmalarda karşılaştırma grubu olmadığı için psikolojik dayanıklılık etkin bir şekilde açıklanamamıştır (84).

Karşılaştırmalı grup (risk altında dayanıklı olan gruplar, risk altında ve dayanıklı olmayan gruplar, risk altında olmayan gruplar) çalışmalarında ise risk altında dayanıklı olan gruplarla, riskli olmayan grupların bireysel özelliklerinde (bilişsel kapasite, zeka) ve çevresel özelliklerinde ortak özellikler gözlemlenmiştir. Ayrıca risk altında dayanıklı olan grupların ve riskli olmayan grupların, risk altında ve dayanıklı olmayan gruplardan birçok özellik bakımından ciddi bir şekilde ayrıldığı belirtilmektedir (73). Son olarak bütün bu bireysel

odaklı modellerin psikolojik dayanıklılığı açıklamaya çalışmalarına rağmen, birkaç boyutla dayanıklılık ele alındığında dayanıklılığı açıklamada yeterli olmadığı vurgulanmıştır. Bu durum dayanıklılık kavramının çoklu düzeyde ve disiplinler arası bağlamda ele alınmasına yol açmıştır (72).

### 2.3.6.3. Psikolojik Dayanıklılığı Çoklu Düzeyde Ve Analizle Alan Dinamik Yaklaşımlar

Değişken odaklı ve bireysel odaklı yaklaşımlara dayanan araştırmalardan elde edilen 40 yıllık veriler, teknolojinin ilerlemesiyle uygulanabilen biyo-davranışsal çalışmalar (beyin görüntüleme yöntemleri, moleküler genetik ölçümleri, nöroendokroloji yöntemleri vb) ve disiplinler arası yaklaşımlarla oluşturulan bütünleşmiş teoriler ve yöntemler psikolojik dayanıklılığın; “insan uyum sistemi “ başlığı altında bir çok nedenselliğe dayanan bakış açısı ile incelenmesine yol açmıştır (87,88). Masten (72) psikolojik dayanıklılığı açıklayan araştırmalarda belirtilen etkin rol oynayan nedensellikleri aşağıdaki tablo da açıklamıştır. Bu etkin noktaları mikro düzeyden makro düzeye doğru sıralanmıştır.

**Tablo 2.7. Psikolojik dayanıklılığı açıklayan etkin/anahtar noktalar (72)**

Sağlık ve Stres Sistemi	Normal bağışıklık ve hipotalamus hipofiz ve adrenal fonksiyonu (HPA)
Bilgi işleme ve Problem Çözme Sistemi	Normal bilişsel gelişim ve zekâ düzeyi
Bağlanma ve İlişkiler (Aile-Arkadaş ve diğerleri)	Güvenli bağlanma, yetkin ve ilgili bir ebeveynle, yönlendiren kişiyle, sosyal destekle ilişkili olma
Kendilik Kontrolü, Kendilik Yönelimi, Tepki Ketleme Sistemi	Uyumlu kişilik özellikleri, vicdanlı ve dürüst olma, düşük düzeyde nevroitiklik veya stres reaksiyonu, dürtü ve dikkatini kontrol etme çabası, yönetici işlevlerin fonksiyonu
Yetkinlik ve Ödül Sistemi	Yaşama olumlu bakma, başarıma motivasyonu, öz yeterlilik

Manevi-Dini Değerler Sistemi (inanç-ritüel, etkinlikler ve destek)	Yaşama verdiği anlam, yaratıcıya veya ruhani varlığa bağlılık, dua ve meditasyon, dini gruplardan destek, dini ritüeller
Aile Sistemleri	Ebeveynle yakın ilişkiler, demokratik ebeveyn stili, eğitimde ailenin desteği, ailenin gözetimi, yatıştırıcı etkinlikler ve ritüeller
Arkadaş Sistemleri	Uyumlu ve olumlu sosyal davranışları olan arkadaşların ve romantik bir ilişkinin olması, olumlu arkadaş ağı
Okullar	Okulda öğrenme, uygulama ve uyumlu arkadaş ve yetişkin ilişkiler kurabileceği olanakların varlığı, demokratik okul yönetimi, demokratik öğretmen stili, olumlu okul atmosferi, ve okula bağlılık
Toplumsal ve Kültürel Sistemler	Olumlu yetişkin, komşu ve akran ilişkilerinin çevrede olması ve onlarla ilişki kurmada yetkin olma, kültürel ritüeller, olumlu sosyal davranışları içeren çeşitli etkinlikler ve olumlu rol modellerin olması

Özetle; bireyin yaşamının içerisinde onu etkileyen birçok faktör olduğundan, psikolojik dayanıklılık kavramının açıklanması için birçok sistem dâhilinde (ekosistem, bilgisayar ve iletişim sistemi, sağlık sistemi, politik sistem, ekonomik sistem) araştırmalarla ele alınmasının gerektiği vurgulanmaktadır (72).

#### **2.4. Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi Demografik Faktörler ve Psikolojik Dayanıklılık İlişkisi**

Coutu (89), psikolojik olarak dayanıklı bireylerin, zorlu ve farklı hayat tecrübeleri sonucunda strese karşı dayanıklı hale geldiklerini ifade ettiği gibi bu kavramı hangi değişkenlerin şekillendirdiğini araştıran çalışmalara rastlanmaktadır (90). Bu çalışmanın da konusu olan psikolojik dayanıklılık değişkeni ile diyaliz hastalarının sosyo-demografik özellik değişkenleri arasında farklılık olup olmadığı araştırılmaktadır.



Psikolojik dayanıklılığın toplumsal boyutu ile ilgilenen bazı araştırmacıların, çocukların ve yaşlı bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının genç erişkinlere nazaran daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (45). Çocukların hayatı daha anlamlandırılmamaları, yaşlı grubun ise hayatla ilgili daha fazla tecrübeye sahip olmalarının bu sonuca sebebiyet verdiği kabul edilebilir.

Lazarus (91) çalışmasında stresli yaşam olaylarının aile desteği ile baş etme yollarının öneminden bahsetmiş ve evli çiftlerdeki eş desteğinin psikolojik dayanıklılığa olumlu yansıtacağını ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda aile destek sistemleri özellikle evlerinden uzakta yaşayan bireylerin bu destek sisteminden yararlanamadıklarını ileri sürülmektedir. Bahse konu, evli bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının evli olmayan bireylere kıyasla daha yüksek olacağı kabul edilmektedir (91).

Wagnild ve Young'ın (16) ücret, yaş, öğrenim durumu ve medeni hal gibi demografik faktörler ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi inceleyen bazı çalışmalarda da bu faktörlerden hiçbirinin psikolojik dayanıklılık ile anlamlı bir ilişki içinde bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Demografik faktörler ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiler ile ilgili olarak ortaya çıkan sonuçlardaki bu farklılaşmanın örneklem ve ölçeklerdeki farklılaşmadan kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Yukarıda ifade edilen hususlar ışığında bu çalışmada da demografik faktörlerden yaş, medeni durum ve kıdem durumunun psikolojik dayanıklılığı etkileyeceği kabul edilmektedir.

## **2.5. Araştırmanın Hemşirelik İçin Önemi**

Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin yaşam koşulları önemli düzeyde bozulmuştur. Bu bireyler haftada üç kez diyalize girip, yaklaşık olarak günün dört saatini diyaliz ünitesinde geçirmekte, tıbbi bakıma gereksinim duymakta ve tıbbi personele bağımlı hale gelmektedirler. Aynı zamanda sıvı ve diyet kısıtlaması yapmak zorunda kalmakta, medikal tedavileri için birçok ilaç kullanmakta, immün sistemleri yetersiz olduğu için sık hastalanmakta, cinsel fonksiyonda yetersizlik yaşamakta, iş kaybı gibi streslere maruz kalmaktadırlar. Diyaliz hastalarında yaşanan stresler dramatik yaşam değişikliklerine neden olduğu için etkili baş etme gücü için psikolojik olarak dayanıklı olmaları gerekmektedir. Baş etme süreci hastalık ile başlar ve tedavi süresince devam eder (26).

Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin baş etme yöntemleri, psikolojik dayanıklılığı tehdit edici olarak algılanan stres ve gerginlik ile ilgili bilinçli ya da bilinçsiz olarak kullanılan çeşitli stratejilerdir. Bu stratejiler, bazen probleme yönelik bazen duygulara yönelik bazen de her ikisine yönelik olabilmektedir. Bireyler problem odaklı davranışlar sergileyerek sıkıntıya neden olan durumu çözmek ya da değiştirmek için çaba sarf ederler. KBY hastalarının psikososyal iyilik halini sağlayabilmek için psikolojik dayanıklılık durumlarını etkileyen sosyo-demografik özellikleri belirleyen etkenleri araştırmaya yönelik bu çalışmada psikososyal iyilik halinin kendilik algısı, geleceğe olan umudu, sosyal yeterlilik düzeyine sahip olması, ailesinin birey ile uyumlu olması, sosyal kaynaklarının yeterli olması ve yapısal stilinin olması önem arz etmektedir (53,54).

Sağlık bakımında hemşirelerin amaçlarından birisi de hastaların sorunları ile baş etme gücünü artırmaktır. HD hemşireleri bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini artırmaya yönelik gereksinimleri ve sistemleri belirledikten sonra harekete geçirerek hastaların yaşadıkları streslerle başa çıkmaları konusunda onlara yardımcı olmalıdır (42).

Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda hemşireler HD tedavisi gören bireylerin psikolojik dayanıklılığını arttırmaya yönelik uygulamalara katkı sağlayabileceklerdir.

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Tanımlayıcı tipte ilişki arayıcı bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırma Amacı:**

Bu araştırma, KBY nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin, hayatlarına dokunacak bir sorun ile karşılaştıklarında nasıl baş edebildiklerini belirlemek üzere "Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi" amacıyla yapıldı.

Çalışma sonucunda HD tedavisi gören bireylerin psikolojik dayanıklılığını artırmaya yönelik uygulamalara katkı sağlamak hedeflenmiştir.

### **3.3. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular:**

1. HD hastalarının psikolojik dayanıklılık durumları nasıldır?
2. Psikolojik dayanıklılık yaşa göre farklı mıdır?
3. Psikolojik dayanıklılık cinsiyete göre farklı mıdır?
4. Psikolojik dayanıklılık medeni duruma göre farklı mıdır?
5. Psikolojik dayanıklılık öğrenim durumuna göre farklı mıdır?
6. Psikolojik dayanıklılık aile tipine göre farklı mıdır?
7. Psikolojik dayanıklılık çalışma durumuna göre farklı mıdır?
8. Psikolojik dayanıklılık hemodiyaliz süresine göre farklı mıdır?

### **3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:**

Araştırma İstanbul ili merkez sınırları içerisinde bulunan; Küçükalyalı Diyaliz Merkezi ve Kartal Türkmed Diyaliz Merkezi'nde 24 Ağustos-18 Eylül 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

### **3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:**

Düzenli HD tedavisi alan yetişkin hastaların geçmişte, halen ve gelecekte de HD tedavisi almalarının muhtemel olduğu düşünöldüğünde bu araştırmada evren, HD hastalarının süreç içinde, geçmişte, halen ve gelecekte, meydana getirdiği bir yığın olarak ele alınmıştır.

Tanımlayıcı tipte ilişki arayıcı olarak planlanan bu araştırmanın evreni, İstanbul ilindeki iki özel HD merkezinde tedavi gören bireylerden oluşmaktadır. Örnekleme seçimine gidilmeyen bu çalışmada araştırmaya katılmayı kabul eden 178 birey çalışmaya alınmıştır.

#### **3.5.1.Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri**

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve kendilerinden yazılı izin formu alınan,
- 18 yaş üstü olan
- İletişim kurulabilen bireyler araştırmaya dâhil edilmiştir.

### **3.5.2.Örneklem Dışı Kalma Kriterleri**

- Veri toplama amacıyla kullanılan ölçek sorularına doğru yanıt vermeyi engelleyecek düzeyde bilişsel yetersizliği olan,
- Halen psikiyatrik bir hastalık nedeniyle tedavi görüyor olan,
- Kooperasyonu iyi olmayan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

### **3.6.Verilerin Toplanması:**

Her seansta bireyler HD makinasına alındıktan yarım saat sonra veriler araştırmacı ve diyaliz sorumlu hemşireleri tarafından yüz yüze doldurulmaya başlanmış ve diyalizden çıkmalarına yarım saat kala veri doldurma işlemine son verilmiştir.

#### **3.6.1. Veri Toplama Araçları**

Bu araştırmada HD hastalarının sosyo-demografik özelliklerine ve psikolojik dayanıklılıklarına ilişkin bilgilerin toplanması amacıyla iki ayrı veri toplama aracı kullanılmıştır.

##### **3.6.1.1. Kişisel Bilgi Formu**

Bu bölümde bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyleri, aile tipi, çalışma durumu ve hemodiyalize girmeye başladıkları süreye ilişkin sorular yer almaktadır.

##### **3.6.1.2. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği**

Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği Friberg ve arkadaşları (92) tarafından geliştirilmiş olup Basım ve Çetin (93) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Toplam 33 madde içeren ölçek; yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar olmak üzere toplam altı boyutlu bir yapıdan oluşmaktadır. Bu boyutlara göre maddelerin dağılımı; yapısal stil 3, 9, 15 ve 21'inci maddeler (toplam 4 madde), gelecek algısı 2, 8, 14 ve 20'nci maddeler (toplam 4 madde), aile uyumu 5, 11, 17, 23, 26 ve 32'nci maddeler (toplam 6 madde), kendilik algısı 1, 7, 13, 19, 28 ve 31'inci maddeler (toplam 6 madde), sosyal yeterlilik 4, 10, 16, 22, 25 ve 29'uncu maddeler (toplam 6 madde) ve sosyal kaynaklar da 6, 12, 18, 24, 27, 30 ve 33'üncü maddeler (toplam 7 madde) şekilde oluşmaktadır.

Katılımcılara maddelerde yer alan boşluklara uygun ifadelerden hangisine ne oranda katılıp katılmadıkları sorulmakta ve kendilerine en uygun olduğunu düşündükleri tarafa yakın olan kutucuğu işaretlemeleri istenmektedir. Ek olarak ölçeği cevaplayan bireylerin önyargılı değerlendirmelerinin önüne geçmek maksadıyla, olumlu ve olumsuz yargılar arz eden cevaplar ölçeğin farklı taraflarına yerleştirilmiştir. Ölçeğin orijinal halinde serbest bırakılan puanlama ile ilgili olarak bu çalışmada yüksek puanın yüksek psikolojik dayanıklılığa işaret ettiği kabul edilmiştir.

Psikolojik dayanıklılık değişkeninin alt boyutları olan, kendilik algısı, gelecek algısı, sosyal yeterlilik, aile uyumu, sosyal kaynaklar ve yapısal stilin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisinin incelenmesi hastalık süreci ile başa çıkabilmeye çalışan hastanın yaşamını kolaylaştıracak önlemlerin alınması yolunda önemli bir adım olacaktır.

### **3.7 Araştırmanın Değişkenleri**

**3.7.1.Bağımlı Değişkenler:** Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puanı

**3.7.2.Bağımsız Değişkenler:** Çalışmaya alınan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, aile tipi, çalışma durumu ve hemodiyaliz süresi

### **3.8. Verilerin Analizi:**

Analizler SPSS 20.0 paket programı ile yapılmıştır. Araştırmaya katılan HD tedavisi gören bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı istatistiklerden frekans, yüzde, ortalama ve standart sapmadan yararlanılmıştır. Psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde edilen toplam puan hesaplanarak uygun hipotez testini belirlemek amacıyla öncelikli olarak normal dağılıma bakılmıştır. Veri toplama aracı Likert tipi ölçek olduğu için dağılımın normal olup olmadığını incelerken basıklık ve çarpıklık katsayıları göz önüne alınmıştır. Dağılım normal olduğu için parametrik testlerden bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Bu çalışmada sonuçlar %95 güven aralığında yani anlamlılık seviyesi  $\alpha=0,05$  olarak yorumlanmıştır.

### **3.9. Etik Hassasiyetler:**

- Ölçeğin kullanılabilmesi için ölçeği geliştiren yazar ile internet aracılığıyla görüşülerek, gerekli izin alındı.

- Araştırmanın yapılabilmesi için; Acıbadem Üniversitesi Etik Kurul’undan (ATADEK:2015/9) onay alındı.
- Çalışmanın yürütülebilmesi için; Küçükalyalı Diyaliz Merkezi ve Kartal Türkmed Diyaliz Merkezi’nden gerekli izin yazıları alındı.
- Ayrıca hastalara görüşme öncesi, araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman konusunda açıklamalar yapılmış, sözlü ve yazılı onamları alındı.
- Araştırmalarda insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden “bilgilendirilmiş onam” koşulu etik ilke olarak yerine getirildi.
- Ayrıca araştırmada “insan onuruna saygı” ilkesi de göz önünde bulunduruldu. Araştırmaya katılacak bireylere, kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapılacak ve “gizlilik ilkesine” bağlı kalındı.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları:**

Bu araştırma 2015 yılında İstanbul ilinde iki özel diyaliz merkezinde gerekli izinler alındıktan sonra (Küçükalyalı Diyaliz Merkezi ve Kartal Türkmed Diyaliz Merkezi ) düzenli HD tedavisi alan yetişkin hastalarla sınırlıdır. Zaman ve olanakların kısıtlılığı sebebiyle devlet ve üniversite hastanelerinde bulunan HD merkezlerinde HD tedavisi alan hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır. Ayrıca, HD hastalarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgileri içeren sorular ve yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçek soruları anket formunda yer alan sorularla sınırlandırılmıştır.

Ölçeğin geçerliliği için Basım ve Çetin (93) tarafından iki ayrı örneklem kullanılmıştır. Bir örneklemden elde edilen sonuçların diğer örneklemden de doğrulanmasını temel alan bu yaklaşım, bu sayede çalışmanın genellenebilirliğinin arttırılmasını amaçlamıştır. Bu maksatla Basım ve Çetin (93) çalışmalarında 350 öğrenci ve 262 iş görenden oluşan iki örneklem grubu kullanmıştır.

Mevcut çalışmada da ölçeğin güvenilirliğini ortaya koymak için alt boyutların ve ölçeğin toplam Cronbach Alfa katsayıları incelenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda alt boyutlar için Cronbach alfa katsayıları; kendilik algısı için

0,906, gelecek algısı için 0,874, yapısal stil için 0,760, sosyal yeterlilik için 0,872, aile uyumu için 0,858 ve sosyal kaynaklar için de 0,899 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam Cronbach Alfa katsayısı ise 0,971 olarak hesaplanmıştır.

#### 4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında verilmiştir.

1. Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulgular
2. Psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde edilen toplam puanların normallik analizi
3. Psikolojik dayanıklılık yaşa göre farklılık göstermekte midir?
4. Psikolojik dayanıklılık cinsiyete göre farklılık göstermekte midir?
5. Psikolojik dayanıklılık medeni duruma göre farklılık göstermekte midir?
6. Psikolojik dayanıklılık eğitim düzeyine göre farklılık göstermekte midir?
7. Psikolojik dayanıklılık aile tipine göre farklılık göstermekte midir?
8. Psikolojik dayanıklılık çalışma duruma göre farklılık göstermekte midir?
9. Psikolojik dayanıklılık hemodiyaliz süresine göre farklılık göstermekte midir?

##### 4.1. Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulgular

**Tablo 4.1. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular**

Değişkenler	N	%	
Yaş	26-35	10	5,6
	36-45	14	7,9
	46-55	35	19,7
	56 ve üzeri	119	66,9
Cinsiyet	Kadın	82	46,1
	Erkek	96	53,9
Medeni Durumu	Evli	124	69,7
	Bekar	54	30,3
Eğitim Düzeyi	Okur yazar değil	30	16,9
	İlköğretim	107	60,1
	Lise	28	15,7
	Yükseköğretim	13	7,3

<b>Aile Tipi</b>	Çekirdek	131	73,6
	Geniş	38	21,3
	Yalnız	9	5,1
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışan	19	10,7
	Çalışmayan	159	89,3
<b>Hemodiyaliz Süresi</b>	0-6 ay	13	7,3
	7-12 ay	26	14,6
	1-3 yıl	47	26,4
	3-5 yıl	26	14,6
	> 5 yıl	66	37,1

Tablo 4.1. de görüldüğü gibi hastaların çoğu (%66.9) 55 yaş üzerinde, erkek (53.9), evli (%69.7), ilköğretim mezunu (%60.1), çekirdek aile yapısında (%73.6)'dır. Çoğunluğu (%89.3) herhangi bir işte çalışmamakta olup beş yıldan uzun süredir (%37.1) diyalize girmektedir.

#### 4.2. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinden Elde Edilen Toplam Puanların Normallik Analizi

**Tablo 4.2. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinden Elde Edilen Toplam Puanların Normallik Analizi**

N	Madde Sayısı	$\bar{X}$	Ss	Basıklık	Çarpıklık
178	33	126,41	1,64	-0,80	-0,40

Tablo 4.2.'de Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği verilerinin normal dağılıma uygunluğu incelenmiştir. Literatürde basıklık ve çarpıklık değerleri +1,5 ve -1,5 değerleri arasında ise dağılımın normalliğinden söz edilebileceği belirtilmektedir (94). Tabloya göre basıklık değeri -0,80 ile çarpıklık değeri -0,40 verilen sınırlar arasında bulunduğu için psikolojik dayanıklılık ölçeğinden elde edilen verilerin normal dağılım gösterdiği söylenebilir. Veriler normal dağılım gösterdiğinden analizlerde parametrik hipotez testleri tercih edilmiştir.



**Tablo 4.3. Psikolojik Dayanıklılık Puanının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı**

Özellikler	N	$\bar{X} \pm ss$	Anlamlılık Değeri F veya t; p değeri
<b>Yaş</b>			
26-35	10	126,8 $\pm$ 22,9	0,049; 0,986
36-45	14	126,2 $\pm$ 22,6	
46-55	35	127,6 $\pm$ 22,9	
56 ve üzeri	119	126,0 $\pm$ 21,9	
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	82	122,0 $\pm$ 22,9	-2,48; 0,014
Erkek	96	126,2 $\pm$ 20,4	
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	124	129,3 $\pm$ 21,7	2,71; 0,007
Bekar	54	119,8 $\pm$ 21,1	
<b>Öğrenim Durumu</b>			
Okur yazar değil	30	114,1 $\pm$ 22,6	6,696; 0,000
İlköğretim	107	126,0 $\pm$ 22,0	
Lise	28	137,5 $\pm$ 16,6	
Yüksek okul	13	134,1 $\pm$ 13,7	

<b>Aile Tipi</b>			
Çekirdek	131	128,0 ± 21,2	
Geniş	38	124,5 ± 21,5	2,814; 0,063
Yalnız	9	110,9 ± 28,3	
<b>Çalışma Durumu</b>			
Çalışan	19	136,6 ± 19,4	2,17 ; 0,032
Çalışmayan	159	125,2 ± 21,9	
<b>Hemodiyaliz Süresi</b>			
0 – 6 ay	13	130,2 ± 18,6	
7 – 12 ay	26	131,7 ± 19,4	0,604; 0,660
13- 36 ay	67	124,9 ± 25,0	
37 – 60 ay	26	125,7 ± 21,6	
>61 ay	66	125,0 ± 21,3	

Psikolojik dayanıklılığın yaşa göre farklılık gösterip göstermediğini incelerken yaş bağımsız değişkeni ikiden fazla grup içerdiği için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 4.3.'e göre araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğu 55 ve üzeri yaş aralığındadır. En az ise 26-35 yaş arasında bulunmaktadır. Yaş gruplarının ölçek puanları birbirine yakın olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir (F=0,049 ; p>0.05).

Psikolojik dayanıklılığın cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini incelerken cinsiyet bağımsız değişkeni iki grup içerdiği için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır.

Tablo 4.3'e göre araştırmaya 82 kadın 96 erkek katılmıştır. Erkeklerin psikolojik dayanıklılık ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması kadınlardan

yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=-2,48$  :  $p<0,05$ ).

Psikolojik dayanıklılığın medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediğini incelerken medeni durum bağımsız değişkeni iki grup içerdiği için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır.

Tablo 4.3'e göre araştırmaya 124 evli, 54 bekar birey katılmıştır. Evlilerin psikolojik dayanıklılık ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması bekarlardan yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=2,71$  :  $p<0,05$ ).

Psikolojik dayanıklılığın öğrenim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini incelerken öğrenim durumu bağımsız değişkeni ikiden fazla grup içerdiği için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 4.3'e göre bireylerin çoğunluğu ilköğretim mezunudur. Araştırmaya katılanlar arasında en az yüksekokul mezunu bulunmaktadır. Tablo 4.3'e göre p değeri  $0,00<0,05$  olduğu için gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $F=6,696$  ;  $p<0,00$ ). Gruplar arasındaki farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için post hoc analizi yapılmıştır. Gruplar arası varyans homojen olmadığından Tamhane testi kullanılmıştır. Tablo 4.6'ya göre Okuryazar olmayan grup ve İlköğretim grubu arasındaki p değeri  $0,077>0,05$  olduğu için bu gruplar arası fark %95 güven aralığında anlamlı değildir. Okuryazar olmayan grup ve Lise grubu arasındaki p değeri  $0,000<0,05$  olduğu için istatistiksel olarak grup ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır. Okuryazar olmayan grup ve Yüksekokul grubu arasındaki p değeri  $0,006<0,05$  olduğu için  $0,05$  önem düzeyinde ortalamalar arasındaki fark anlamlıdır. İlköğretim grubu ve Lise grubu arasındaki p değeri  $0,023<0,05$  olduğu için %95 güven aralığında ortalamalar anlamlı farka sahiptir. İlköğretim grubu ve Yüksekokul grubu arasındaki p değeri  $0,394>0,05$  olduğu için grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Lise grubu ve Yüksekokul grubu arasındaki p değeri  $0,984>0,05$  olduğu için gruplar arasındaki fark  $0,05$  önem düzeyinde anlamlı değildir.

Psikolojik dayanıklılığın aile tipine göre farklılık gösterip göstermediğini incelerken aile tipi bağımsız değişkeni ikiden fazla grup içerdiği için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 4.3'e göre en çok 1 numaralı grupta birey bulunmaktadır. Yani araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğu çekirdek ailedir. En az ise 3 numaralı grupta birey bulunmaktadır. Araştırmaya katılanlar arasında en az yalnız yaşayan bulunmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ( $F=2,814$  ;  $p>0,063$ )

Psikolojik dayanıklılığın çalışma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini incelerken çalışma durumu bağımsız değişkeni iki grup içerdiği (Çalışan / Çalışmayan) için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır.

Tablo 4.3'e göre araştırmaya 19 çalışan 159 çalışmayan birey katılmıştır. Çalışan bireylerin psikolojik dayanıklılık ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması çalışmayan bireylerden yüksektir. Gruplar arası karşılaştırmalarda çalışan grup lehine istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ( $t=2,17$  ;  $p<0,032$ ).

Psikolojik dayanıklılığın HD süresine göre farklılık gösterip göstermediğini incelerken HD süresi bağımsız değişkeni ikiden fazla grup içerdiği için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Tablo 4.3'e göre araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğu 13-36 ay arası hemodiyaliz tedavisi görmektedir. Araştırmaya katılanlar arasında en az 0-6 aydır tedavi gören birey bulunmaktadır. Gruplar arası yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ( $F=0,604$  ;  $p>0,660$ ).

## **5. TARTIŞMA**

"Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi" isimli araştırma İstanbul Anadolu yakasında iki özel diyaliz merkezinde ( Küçükalyalı Diyaliz Merkezi ve Kartal Türkmet Diyaliz Merkezi) düzenli olarak HD tedavisi alan bireylerin sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişkinin anlamlı düzeyde olup olmadığı araştırılmıştır.

Yapılan literatür araştırmalarında psikolojik dayanıklılığın kronik hastalıklara sahip bireyler üzerinde sosyo-demografik özellikler ile karşılaştırma çalışmamalarına rastlanamadığı için farklı gruplarla olan (kronik bir hastalığa sahip olmayan öğrenciler, kamu çalışanları) çalışmalarda Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nden aldıkları puanla korelasyon katsayısının anlamlı düzeyde olduğunu göstermiştir (16,95,96,97,98,99,100,101).

Yapılan literatür incelemelerinde, özellikle cinsiyet ve yaş gibi demografik değişkenlerle psikolojik dayanıklılığın birbiriyle etkilenmediği sonuçların elde edildiği görölmektedir. Chang (95), Hannah ve Morrisey (96), özellikle cinsiyet ve yaş gibi demografik değişkenlerle psikolojik dayanıklılığın ilişkisinin incelendiği araştırmalarında birbiriyle örtüşmeyen sonuçların elde edildiğini bulmuşlardır. Wagnild ve Young (16) yaş ve hizmet süresi ile psikolojik dayanıklılık arasında hiçbir ilişkinin bulunmadığını öne sürmüş, Sezgin (97)'in araştırmasında öğretmenlerin psikolojik dayanıklılık toplam puanlarının cinsiyet ve branş değişkenlerine göre, yaş ve mesleki kıdem arasında anlamlı ilişkiler olmadığını bulmuş. Bir başka araştırmada Kılınç (98) ilköğretim okulu öğretmenlerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin cinsiyet, branş, yaş, mesleki kıdem ve görev yapılan okuldaki hizmet süresi değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır. Genç (99), yapmış olduğu araştırmasında demografik faktörlerden yaş, hizmet süresi ve medeni halin psikolojik dayanıklılıkla herhangi bir şekilde etkilemediği tespit edilmiştir. Mevcut çalışmada yapılan istatistikte yaş gruplarının ortalama değerlerin birbiri ile yakın olması gruplar arası anlamlı tutarlılık göstermemektedir. Maddi ve arkadaşları (100), yaş ile psikolojik dayanıklılık arasında düşük düzeyde de olsa pozitif yönde bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Ülker Tümlü ve Recepoğlu (101)'nin çalışmasında psikolojik dayanıklılık düzeyi en yüksek olan yaş grubunun 51 ve üstü yaş grubu görölmektedir. 51 ve üstü yaş grubunun psikolojik dayanıklılık düzeylerinin en yüksek düzeyde olmasında, yıllar boyunca kazandıkları deneyim ve tecrübelerin etkili olabileceği belirtilmektedir (101).

Cole ve arkadaşları (102) da öğrencilerin psikolojik dayanıklılıkları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Güngörmüş ve arkadaşlarının (103) yapmış oldukları araştırmada cinsiyete göre değerlendirildiğinde kız öğrencilerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri erkeklere

göre anlamlı derecede yüksektir. Erdoğan'ın (104) yapmış olduğu araştırmada, erkek öğrencilerin, kız öğrencilere göre psikolojik dayanıklılık puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu farklılık kadınların duygusal bir yapıda olmaları sebebiyle yaşadıkları olumsuz olaylardan erkeklere nispetle daha fazla etkilenmeleri şeklinde açıklanmaktadır. Sürücü ve Bacanlı (105)'nin çalışmasında erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre üniversiteye uyumları ile psikolojik dayanıklılık durumu arasında anlamlı yönde yüksek bir ilişki olduğu bulunmuştur. Mevcut çalışmada da erkek bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin kadın bireylerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Mevcut çalışmadan farklı sonuç bulan Ülker Tümlü ve Receptoğlu (101) yapmış oldukları araştırmada, kadın akademik personelin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin erkek akademik personelin psikolojik dayanıklılık düzeylerinden yüksek olduğu ileri sürmektedirler. Yine bu bize kronik hastalığa sahip olmanın, çalışma ortamı ile farklı yaşam olayları olduğunu göstermektedir.

Araştırmadan elde edilen bulguların literatürdeki bazı araştırma sonuçlarıyla tutarlılık gösterirken, bazıları ile örtüşmeyen sonuçların elde edildiği görülmektedir. Lazarus (91) eş desteğinin strese karşı koyma bağlamında psikolojik dayanıklılığı olumlu etkileyeceğinden bahsetmiş, evlilerin bekarlara kıyasla psikolojik olarak daha dayanıklı olacaklarının altını çizmiştir. Mevcut çalışmada evli olan HD tedavisi gören bireylerin bekar olan bireylere göre psikolojik dayanıklılık durumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kronik hastalığa sahip bireyin aile ortamında bulunmaları biyolojik, sosyal ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanmasında en büyük etken olabilmektedir. Aynı zamanda aile bireyleri ile birlikte olmak yalnızlık duygusundan uzaklaştırıp, korku, endişe ve kaygılarla mücadele etmemelerine, aile ortamında güven içinde olup, korunma duygusuna ve geleceğe güvenle bakabilme yetisine sahip olmaları nedeniyle psikolojik olarak daha dayanıklı olmalarını sağlamaktadır.

Mevcut çalışmanın bulgularından olan bir diğeri ise okur- yazar olmayan grup ile eğitim alan gruplar arasında anlamlı olarak fark olmasıdır. Okur-yazarlık, bireyin karşılaştığı sorunları çözmesi, karar vermesi ve çevresine uyum sağlaması için gereken okuma-yazma ve iletişim becerilerini , aktif olarak kullanabilmesidir. Ancak mevcut çalışmada okuma yazma bilmeyen grubun psikolojik dayanıklılık üzerinde anlamlı fark yarattığı görülmektedir.

Kronik bir hastalık olan KBY nedeniyle HD tedavisi gören bireylerin aile tipi ve HD tedavisi görme sürelerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

## **6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

### **6.1.Sonuç**

Yapılan çalışmanın esas amacı, psikolojik dayanıklılığın sosyo-demografik faktörlere etkilerini araştırmaktır .

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlar elde edilmiştir :

Araştırmaya katılan HD hastalarının büyük bir kısmı erkek ve orta yetişkinlik döneminde dir. Bireylerin çoğunluğu evli olup, çekirdek ailelerden gelmektedir ve öğrenim durumları düşüktür. Okur-yazar olmayan gruptakiler diğer gruptakilerden (ilköğretim, lise, yüksek okul) daha yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerdir. Bireylerin büyük bir kısmı herhangi bir işte çalışmamaktadır ve beş yıl ve üzerinde HD tedavisi almaktadır. Yaş, aile tipi ve HD süresi ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır Erkeklerin psikolojik dayanıklılık durumları kadınlardan, evli olan bireylerin psikolojik dayanıklılık durumu bekar olanlardan alışanların psikolojik dayanıklılık durumu çalışmayanlardan daha yüksektir.

Bu mevcut araştırma verileri doğrultusunda demografik faktörlerden yaş, aile tipi ve HD girme sürelerinin psikolojik dayanıklılığı herhangi bir şekilde etkilemediği ancak cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumları ve çalışma durumları ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı ilişkilerin bulunduğu tespit edilmiştir.

### **6.2.Öneriler**

Yapılan bu çalışmadan, varılan bulgular doğrultusunda istenen amaca varıldığı söylenebilir. Ancak yapılan literatür incelemelerinde kullanılan örneklem ile psikolojik dayanıklılık ile ilgili yeterince çalışma yapılmamış olması bir sorun

olarak karşımıza çıkmaktadır. Gelecekte yapılacak çalışmaların buna benzer daha geniş örneklem grupları ve farklı hastalık grupları ile yapılması önerilebilir.



## KAYNAKLAR

1. Abram H.S. Survival By Machine: Psychological Aspects of Chronic Dialysis. *Psychiatr Med* 1970; 1:37.
2. Andreoli T.E., Evanoff G.V., Ketel B.L. (1993). Chronic Renal Failure. *Cecil Essentials of Medicine*, Andreoli T.E., Bennet C.J., Crapenter C.J., Plum F., Smith L.H (Eds.) Philadelphia. W. B., Saunders Company:245.
3. Sağduyu A., Erten Y. (1998). Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Hastalarında Ruhsal Bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(1):13-22.
4. Elal G., Krespi M. (1999). Life Events, Social Support and Depression in Hemodialysis Patients. *Jornal of Community and Applied Social Psychology*, 9: 23-33.
5. Özgür B., Kürşat S., Aydemir Ö. (2003). Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 12:113-116.
6. Kimmel P.L. (2002). Depression in Patients with Chronic Renal Disease: What We Know and What We Need to Know. *J Psychosom Res*, 53: 951-956.
7. Özkan S.(1993). Kronik Böbrek Hastalığı ve Diyalizde Psikiyatrik Morbidite. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*, İstanbul, Roche.7, 187–190.
8. House A. Psychosocial Problems of Patients on The Renal Unit and Their Relation to Treatment Outcome. *J Psychosom Res* 1985; 29: 23.
9. Wise M.G., Rundell J.R. (1997). Konsültasyon Psikiyatrisi (Çev:Tüzer T.T., Tüzer V.). Ankara, Compos Mentis. 4: 1, 18-25.
10. Çevik A., İzmir M., Kuzugüdenlioğlu D.( 1996). *Psikosomatik Bozukluklar*, Ankara, Medikomat: 31-46.
11. Surman S.O., Evans P.( 1987). Hemodialysis and Renal Transplantation. In: Hackett T.P., Cassem N.H. (Eds), *Massachussets General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, Washington D.C. Year Book Medical Publishers.177-182.

12. Kobasa, S. (1979). Stressful Life Events, Personality and Health: An inquiry Into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
13. Hunter A.J. (2001). A Cross-Cultural Comparison of Resilience in Adolescents. *J Pediatr Nurs*,16:172-179.
14. Tusaie K., Dyer J. (2004). Resilience: A Historical Review of the Construct. *Holist Nurs Pract*, 18:3-8.
15. Garmezy N. (1991). Resilience and Vulnerability to Adverse Develop Mental Outcomes Associated with Poverty. *Am Behav Sci*, 34:416-430.
16. Wagnild G.M., Young H.M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*, 1:165-178.
17. Haase J.E. (2004). The Adolescent Resilience Model as a Guide to Interventions. *J Pediatr Oncol Nurs*, 21:289-299.
18. Olsson C.A., Bond L., Burns J.M. (2003). Adolescent Resilience: A Concept Analysis. *J Adolesc*, 26:1-11.
19. Fonagy P., Steele M., Steele H. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992: The Theory and Practice of Resilience. *J Child Psychol Psychiatr*, 35:231-257
20. Hawley D.R., DeHaan L. (1996). Toward a Definition of Family Resilience: Integrating Life-span and Family Perspectives. *Fam Process*, 35:283-298.
21. Brooks R.B. (1994). Children at Risk: Fostering Resilience and Hope. *Am J Orthopsychiatry*, 64:545-553.
22. Garmezy N. (1993). Children in Poverty: Resilience Despite Risk. *Psychiatry*, 56:127-136.
23. Werner E.E. (1993). Risk, Resilience and Recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Dev Psychopathol*, 5:503-515.
24. Smith J., Prior M. (1994). Temperament and Stress Resilience in School-age Children: A Within-families Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:168-179.
25. Süleymanlar G. (2009). Kronik Böbrek Hastalığı ve Yetmezliği. Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı. Ed: N. Arık, K. Ateş, G. Süleymanlar, H.Z. Tonbul, S. Türk, A. Yıldız. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi.331-336.

26. Abram H.S. Repetitive dialysis. Handbook of General Hospital Psychiatry , Hackett T.P., Cassem N.H. First Edition Year Book Medical Publishers, Boston 1979: 343-365.
27. Levy N.B. Chronic renal disease, dialysis and transplantation. Principles of Medical Psychiatry, Stoudemire A., Fogel B.S. Grune and Stratton, Orlando 1987:583-594.
28. Süleymanlar G. (2007). Kronik Böbrek Hastalığı ve Yetmezliği: Tanımı, Evreleri ve Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri (J Int Med Sci).3(38): 1-7.
29. Killion S., Magnus P. Australia's Health 2010, Twelfth Biennial Health Report of the Australian Institute of Health and Welfare. Diseases and Injury: 159-165.
30. Goolsby MJ. National Kidney Foundation Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. J Am Acad Nurse Pract. Jun 2002;14(6):238-242.
31. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline For The Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int 2013;3(Suppl.):1-150.
32. Süleymanlar G., Altıparmak M.R., Seyahi N. (2013).T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu Registry 4.
33. Sezen A. (2014). Diyaliz Hemşireliği Ed: A. Sezen Nobel Tıp Kitabevleri Tic.Ltd.Şti. 113-122.
34. Sheridan A.M., Rose B.D.( 2012). Secondary Factors and Progression of Chronic Kidney Disease. In Curhan GC (ed.), Up To Date, Waltham, M.A. :10.
35. Beşirli K., Göde S. (2006). Hemodiyaliz İçin Vasküler Girişimler. Türkiye Klinikleri (J Surg Med Sci). 2(25): 75-80.
36. Akpolat T. (2009). Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, 2. Baskı, Kayseri: Türk Nefroloji Derneği Yayın Organı Anadolu Yayıncılık.1-14.
37. Pendse S., Singh A., Zawada E. (2007). Initiation of Dialysis in Handbook of Dialysis, 4th ed, Daugirdas, J.T., Blake P.G., Ing T.S. (Eds). Lippincott Williams& Wilkins, Philadelphia.274-286.
38. Zawata E.T. (1994). Indications For Dialysis. Handbook of Dialysis. Daugirdas Jt, Ing Ts (Eds). Little, Brown And Company. Boston.6:146-149.

39. Sullivan M.F. (1973). The Dialysis Patient and Attitudes Towards Work. *Psychiatr Med*;4:213-219.
40. Shambaugh P.W. (1967). Hemodialysis in the Home—Emotional Impact on The Spouse. *Trans Am Soc Artif Intern Organs*. 13:41-45,1967.
41. Petrie K. (1989). Psychological Well-Being and Psychiatric Disturbance in Dialysis and Renal Transplant Patients. *BR J Med Psychol*.62:91-96.
42. Wolcott D.I.( 1991). Psychiatric Aspects of Renal Dialysis and Organ Transplantation. *Psychiatr Med* 9.(4):623-640.
43. Shea E.J., Bogdan D.F., Freeman R.B . (1965). Hemodialysis For Chronic Renal Failure. IV. Psychologic Considerations. *Ann Intern Med* 62; (3): 558-563.
44. Manley M., Sweeney J. (1986). Assessment of Compliance in Hemodialysis Adaptation. *Jpsychosom Res* 30; 153-161.
45. Fielding D., Moore B., Dewey M. (1985). Children With end-Stage Renal Failure: Psychological Effects on Patients, Siblings and Parents. *J Psychosom Res*;29: 457-465
46. Surman S.O. (1987). Hemodialysis and Renal Transplantation. *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, Hackett T.P., Cassem N.H. Second Edition Year Book Medical Publishers, Boston.406-424.
47. Devins G.M., Mann J., Mandin H. (1990). Psychosocial Predictor of Survival in End-Stage Renal Disease. *J Nerv Ment Dis*; 178: 127-133.
48. Galpin C. (1992). Body Image in End-Stage Renal Failure. *Br J Nurs* 1; (1): 21-3.
49. Abram H.S.(1970). Survival By Machine: Psychological Aspects of Chronic Dialysis. *Psychiatr Med*; 1: 37-50.
50. Osberg J.W., Meares G.J., McKee D.C.M. (1982 ). Intellectual Functioning in Renal Failure and Chronic Dialysis. *Journal of Chronic Diseases*.35: 445-457.
51. Lishman W.A.(1987). *Organic Psychiatry, Second Edition* Blackwell. Oxford. 327-345.
52. Alfrey A.C. (1972). Syndrome of Dyspraxia and Multifocal Seizures Associated With Chronic Hemodialysis. *Trans AM Soc Artif Intern Organs*. 18: 257-260.

53. Wright R.G., Sand P., Livingston G.( 1966). Psychological Stress During Hemodialysis For Chronic Renal Failure. *Ann Intern Med*; 64: 611-621.
54. Kalman T.P., Wilson P.G., Kalman C.M. (1983). Psychiatric Morbidity in Long-Term Renal Transplant Recipients and Patients Undergoing Hemodialysis. *JAMA*; 250:55-58.
55. House A. (1989). Psychiatric Referrals From a Renal Unit: A Study of Clinical Practice in a British Hospital. *J Psychosom Res*;33: 363-372.
56. Hussebye D.G., Westlie L., Thomas J.S.(1987). Psychological, Social and Somatic Prognostic Indicators in Old Patients Undergoing Long-Term Dialysis. *Archives of Internal Medicine*.147:1921-1924.
57. Levenson J.L., Glocheski S. (1991). Psychological Factors Affecting End-Stage Renal Disease. A Review: *Psychosomatics*. 32 (4):382-389.
58. Levenson J.L., Colenda C., Larson D.B.( 1990). Methodology in Consultation-Liasion Research: a Classification of Biases. *Psychosomatics*. 31: 367-376.
59. Smith M.D., Hong B.A., Robson A.M. (1985). Diagnosis of Depression in Patients With End-Stage Renal Disease. *Am J Med*;79: 160-166.
60. Hinrichsen G., Lieberman J.A., Pollack S. ( 1989). Depression in Hemodialysis Patients. *Psychosomatics*. 30: 284-289.
61. Katon W., Sullivan M.D.( 1990). Depression and Chronic Medical Illness. *J Clin Psychiatry*. 51 (Suppl 6): 3-11.
62. Abram H.S., Moore G.L., Westervelt F.B.( 1971). Suicidal Behavior in Chronic Dialysis Patients. *Am J Psych*.127: 1199-1204.
63. Meyer J.K.( 1977) .The Treatment of Sexual Disorders. *The Medical Clinics of North America* (ed) Reading A, Wise TN;WB Saunders Company.6(4).
64. Abram H.S.( 1975). Sexual Functioning in Patients With Chronic Renal Failure. *J N Ment Dis*. 160: 220-226.
65. Singh K., & Yu K. (2010). Psychometric Evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) In A Sample of Indian Students. *Journal of Psychology*,1(1), 23-30.
66. Walsh F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1), 1-18.

67. Luthar S.S., Cicchetti D., & Becker B. (2000). Research on Resilience: Response to Commentaries. *Child Development*, 71(3), 573-575.
68. Luthar S.S., & Zigler E. (1991). Vulnerability and Competence: A Review of Research on Resilience in Childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 6-22.
69. Benard B. (2004). *Resiliency What We Learned*. San Francisco: West Ed. 148.
70. Anthony E.J., & Cohler B. (1987). *The Invulnerable Child*. New York: Guilford. 3-48.
71. Wolin S.J., & Wolin S. (1993). *The Resilient Self: How Survivors of Troubled Families Rise Above Adversity*. New York: Villard. 85
72. Masten A.S. (2007). Resilience in Developing Systems: Progress and Promise as the Fourth Wave Rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921–930.
73. Masten A.S. (1994). Resilience in Individual Development: Successful Adaptation Despite Risk And Adversity. In Wang M. C., & Gordon E. W. (Eds.). *Educational Resilience in Inner-City America: Challenges and Prospects* (3-25).
74. Kaplan H.B. (1999). Toward An Understanding of Resilience: A Critical Review of Definitions and Models. In Glantz M. D., & Johnson J. L. (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*. New York: Kluwer Academic/Plenum. 17-84.
75. Masten A.S. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychologist Association Inc*, 56(3), 227-238.
76. Rutter M. (1990). Psychosocial Resilience and Protective Protective Mechanisms. In Rolf J., Masten A. S., Cicchetti D., Neuchterlein K. H., & Weintraub S. (Eds.). *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*. New York: Cambridge University Press. 181-214.
77. Rutter M. (1987). Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*. 57, 316–331.
78. Seligman M. (1990). *Learned optimism*. New York: Random House. 5-14.
79. Walsh F. (1998). *Strengthening Family Resilience*. New York: The Guilford Press. 384.

80. Siebert A. (1999). *How Resilient Are You*. New York: Guilford Press. 399-405.
81. McCubbin H.I., & McCubbin M.A. (1996). Resiliency in Families: A Conceptual Model of Family Adjustment and Adaptation in Response to Stress And Crises. In McCubbin H. I., . Thompson A. I., & McCubbin M. A. (1996). *Family Assessment: Resiliency, Coping and Adaptation—Inventories for Research and Practice* .Madison: University of Wisconsin System. 1-64
82. Blyth D.A., & Roelkepartian E.C. (1993). *Healthy Communities, Healthy Youth*. Minneapolis: Search Institute. 17-28.
83. Masten A .S, Cutuli J.J., Herbers J.E., & Reed M.G.J. (2009). Resilience in Development. In Synder C. R. & Lopez S.J. (Eds). *The Oxford Handbook of Positive Psychology* .New York: Oxford University Press. 117-132.
84. Masten A.S. ,& Obradovic J. (2006). Competence and Resilience in Development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094,13–27.
85. Masten A.S., & Shaffer A. (2006). How Families Matter in Child Development. In Clarke-Stewart A., & Dunne J. (Eds.), *Families count: Effects on Child and Adolescent Development* .New York: Cambridge University Press. 5–25.
86. Daniel B. (2006). Operationalizing the Concept of Resilience in Child Neglect: Case Study Research. *Child: Care, Health & Development*, 32(3), 303–309.
87. Cicchetti D., & Blender J.A. (2006). A Multiple Levels of Analysis Perspective on Resilience: Implications for the Developing Brain, Neural Plasticity, and Preventive Interventions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 248–258.
88. Cicchetti D., & Curtis W.J. (2007). Multilevel Perspectives on Pathways to Resilient Functioning. *Development and Psychopathology* 19, 627–629.
89. Coutu D. L. (2002). How Resilience Works. *Harvard Business Review*, 80, 5, 46-56.
90. Richardson G. E. (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 3, 307-321.

91. Lazarus R. S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1, 1-22.
92. Friberg O., Barlaug D., Martinussen M., Rosenvinge J.H., & Hjemdal O. (2005). Resilience in Relation to Personality and Intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14, 1, 29-42.
93. Basım H. N. & Çetin F. (2011). Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 2, 104-114.
94. Tabachnick B.G., Fidell L.S. (2013). *Fidell Using Multivariate Statistics* (sixth ed.) Pearson, Boston.
95. Chan D. W. (2002). Stress, Self-Efficacy, Social Support, and Psychological Distress Among Prospective Chinese Teachers in Hong Kong. *Educational Psychology*, 22(5), 557-569.
96. Hannah T. E., & Morrissey C. (1986). Correlates of Psychological Hardiness in Canadian Adolescents. *The Journal of Social Psychology*, 127(4), 339-344.
97. Sezgin F. (2012). İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*.20(2):489-502.
98. Kılıç A.Ç. (2013) İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. *TURJE Turkish Journal of Education*, January.3(1), 70-79.
99. Genç, A. (2014). Psikolojik Dayanıklılığın Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi: Görgül Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
100. Maddi S. R., Harvey R. H., Khoshaba D. M., Lu J. L., Persico M., & Brow M. (2006). The Personality Construct of Hardiness, III: Relationships With Repression, Innovativeness, Authoritarianism, and Performance. *Journal of Personality*, 74(2), 575-598.
101. Ülker Tümlü G., Recepoğlu E. (2013). Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*.3,3,205-213.



- 102.**Cole M., Feild H., Harris S.( 2004). Student Learning Motivation and Psychological Hardiness: Interactive Effects on Students Reaction to a Management Class. AMLE;3:64–85.
- 103.**Güngörmüş K., Okanlı A., Kocabeyoğlu T.(2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Psikolojik Dayanıklılıkları ve Etkileyen Faktörler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.6(1),9-14.
- 104.**Erdoğan E. (2015). Tanrı Algısı, Dini Yönelim Biçimleri ve Öznel Dindarlığın Psikolojik Dayanıklılıkla İlişkisi: Üniversite Örneklemi. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.12,29, 223-246.
- 105.**Sürücü M., Bacanlı F. (2010). Üniversiteye Uyumun Psikolojik Dayanıklılık ve Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi.30(2), 375-396.

## EK 1- Sosyo-demografik Özellikler

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin psikolojik dayanıklılık durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla planlanan bir tez çalışmasıdır. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen her soruyu içtenlikle yanıtlayınız. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Emine Dane

Hasta no:

Tarih:

Ad-Soyad:

Telefon:

1. Yaş: .....

2. Cinsiyet: 1) Kadın ( ) 2) Erkek ( )

3. Medeni durumu: 1) Evli ( ) 2) Bekar ( )

4. Öğrenim Durumu: 1) Okul yazar değil ( ) 2) İlköğretim ( ) 3) Lise ( )  
4) Yüksekokul ( )

5. Aile Tipi: 1) Çekirdek ( ) 2) Geniş Aile ( ) 3) Yalnız ( )

6. Çalışma Durumu : 1) Çalışan ( ) 2) Çalışmayan ( )

7. Hemodiyaliz Süresi

0-6 Ay ( ) 7-12 Ay ( ) 13-36 Ay ( ) 37-50 Ay ( ) 61 Ay > ( )



17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	
Birbirinden bağımsız	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler ...	
Zayıftır	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	
Çok fazla güvenmem	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	
Belirsizdir	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	
Günlük yaşamımda yoktur	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	
Benim için zordur	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	
Geleceğe pozitif bakar	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında ...	
Bana hemen haber verilir	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	
Kolayca gülerim	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	
Birbirlerini desteklemez biçimde	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	
Her şeyi umutsuzca gören bir	Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	
Zordur	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	
Bana yardım edebilecek kimse yoktur	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	
Başa çıkmaya çalışırım	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	
İşleri bağımsız olarak yapmayı	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...	
Yeteneklerimi beğenirler	Yeteneklerimi beğenmezler

### Ek 3: Etik kurul onay formu



SAYI: ATADEK-2015/9  
KONU: Etik Kurul Kararı

Sayın, Prof. Dr. Nermin Olgun, Emine Dane

Sorumluğunu yürüttüğünüz **“Hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılık durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi”** başlıklı proje 20.08.2015 tarih 2015/9 Sayılı Atadek Kurul Toplantısında görüşülmüş olup 2015-9/3 karar numarası ile tıbbi etik yönden revizyonuna karar verilmiştir. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinde hastalardan işaretlenmesi istenen numaralar yer almamaktadır.

Prof.Dr. İsmail Hakkı ULUS  
ATADEK Kurul Başkanı

**ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ**  
**TIBBİ ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU (ATADEK)**

**Etik onay istenen tıbbi araştırmanın başlığı:**

Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

**Etik onay istenen tıbbi araştırmanın yürütücüsü (sorumlusu):**

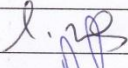
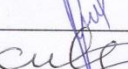
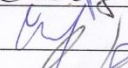
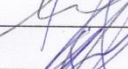
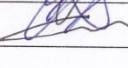



Emine Dane

**Karar:**

**Kabul (Etik olarak uygun) ( )**      **Revizyon (x)\***      **Etik olarak uygun değil ( )\*\***

**Toplantı Tarihi:** 20/08/2015

**Karar Numarası:** 2015-9/3

Kurul Üyesi-Unvan Ad-Soyad	İmza	Karara	
		Katılıyorum	Katılmıyorum***
Prof. Dr. İsmail Hakkı Ulus (Başkan)		(x)	( )
Prof. Dr. Güldal Süyen (Başkan Yrd)		(x)	( )
Prof.Dr. Mert Ülgen		(x)	( )
Doç.Dr. Ükke Karabacak		(x)	( )
Doç.Dr. A.Elif Eroğlu Büyükköner		( )	( )
Doç.Dr. Berrin Karadağ		(x)	( )
Yrd.Doç.Dr. Erdal Coşgun		(x)	( )
Yrd.Doç.Dr. Fatih Artvinli		( )	( )
Yrd.Doç.Dr. Günseli Bozdoğan		(x)	( )

## EK.4- ÖZGEÇMİŞ

### 1. Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Emine	<b>Soyadı</b>	Dane
<b>Doğum Yeri</b>	Eskişehir	<b>Doğum Tarihi</b>	23.01.1969
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>TC Kimlik No</b>	16858423434
<b>E-mail</b>	<u>edane69@hotmail.com</u>	<b>Tel</b>	0(505) 374 01 02

### 2. Öğrenim Durumu

<b>Derece</b>	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Tezsiz yüksek lisans</b>	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Dahili Hastalıklar Hemşireliği Tezsiz Yüksek Lisans Programı	2014
<b>Lisans</b>	TC Erzurum Atatürk Üniversitesi	2011
<b>Lise</b>	SSK Süreyyapaşa Sağlık Meslek Lisesi	1988

### 3. İş Deneyimi

<b>Görev</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
1. Hemodiyaliz/ Periton Diyaliz Hemşiresi	TC Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bakanlığı Göztepe E.A.H	25 yıl 8 ay

### 4. Yabancı Dil Bilgisi

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>
İngilizce	ORTA	ORTA	ORTA

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

#### 5. Ales Puanı

	Yıl, Dönem	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	<b>2013 /Sonbahar</b>	<b>57,15195</b>	<b>56,01213</b>	<b>61,71590</b>

#### 6. Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Word	İYİ
Microsoft Office Excel	İYİ
Microsoft Office PowerPoint	İYİ

#### 7. Katıldığı Sertifika Programları

Kursun Adı	Kursu Veren Kurum	Yıl
Pedagojik Formasyon Eğitimi Sertifikası	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi	20 Temmuz 2015
Periton Diyalizi Hemşireliği Sertifikası	T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü	23 Kasım 2005
Hemodiyaliz Hemşireliği Sertifikası	T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü	21 Ekim 1999

#### 8. Uluslararası Katıldığı Kongre ve Kurslar

- ✓ 5-8 Eylül 2009 : 38. EDTNA/ERCA International Conference  
Hamburg, Germany
- ✓ 4-7 Eylül 2004 : 33. EDTNA/ERCA Conference Geneva, Switzerland
- ✓ 8-11 Temmuz 2000: 29. EDTNA/ERCA Conference Lizbon, Portugal



## **9. Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler**

- ✓ H Çelen, B Kıvrak, A Köroğlu, E Dane. S Ecdar, H Ergin. Socio- Cultural Structures Of The Patients And Peritoneal Dialysis Efficacy. 38. EDTNA/ERCA International Conference Hamburg,Germany 5-8 September 2009: Poster session: P007
- ✓ E Akın (Dane), M Kılıç, D Balcan, S Alışır, H.E Karadayı, D Özdemir. Comparison Of Peritoneal Dialysis Patients With Or Without Diabetes By Adequest Test. 33. Conference of EDTNA/ERCA Geneva, Switzerland 4-7 September 2004:36
- ✓ MF Codita, E Akın (Dane) . Assessment of health quality of patients on chronic haemodialysis treatment with SF-36 health scoring. 29. EDTNA/ERCA European And Transplant Nurses Association European Renal Care Association 2000:54; Poster session:195

## **10. Ulusal Toplantı ve Kurslar**

- 5-9 Eylül 2001 : Türk Nefroloji Derneğinin SAPD' Güncel Yaklaşımlar Kursu
- 10 Nisan 2006 : Baltaş&Baltaş Etkin Sonuçlar İçin Hastayla Eğitim Semineri
- 14 Kasım 2013 : TNDTHD 9. Periton Diyalizi Hemşireliği Kursu Antalya
- 23 Ekim 2014 : 24.Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi 10. Periton Diyaliz Hemşireliği Kursu
- 22 Ekim 2015 : 25. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi 11. Periton Diyaliz Hemşireliği Kursu
- 22 Ekim 2015 : 25. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi 7. Hemodiyaliz Hemşireliği Kursu

## **11. Katıldığı Ulusal ve Bilimsel Kongreler ve Sempozyumlar**

- 14-18 Kasım 1999 :16.Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi
- 5-9 Eylül 2001 : 11. Ulusal Böbrek Hastalıkları ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Kapadokya
- 17-21 Eylül 2002 :12. Ulusal Böbrek Hastalıkları ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Antalya
- 12-16 Eylül 2003 :13. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Antalya
- 10-14 Eylül 2004 : 14. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Antalya
- 19-23 Kasım 2008 :18. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Antalya
- 09-10 Ekim 2010 :1. Diyaliz Öncesi Eğitim Programı Eğitimcinin Eğitimi Semineri Antalya
- 19-23 Ekim 2011 : 21. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Antalya
- 22 Kasım 2013 : Acibadem Üniversitesi ‘‘Sağlık Yönetiminde Güncel Konular’’Sempozyumu
- 27-30 Kasım 2013 :10. Dahiliye ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Kongresi 2. Avrasya Yoğun Bakım Toplantısı İstanbul
- 12 Aralık 2013 :Onkoloji Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu (9) ‘‘Toksosite Kontrolünde Kanıta Dayalı Öneriler’’
- 6 Nisan 2014 : Uluslararası Katılımlı Diyabet Sempozyumu İstanbul
- 22-26 Ekim 2014 : 24. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi
- 21-25 Ekim 2015 : 25. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi

## **12. Aldığı Ödüller**

04 Mart 2009 : T.C. İstanbul Valiliği İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü  
Teşekkür Belgesi

## **13. Bilimsel ve Mesleki Kuruluş Üyelikleri**

- ✓ Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Derneği
- ✓ Türk Hemşireler Derneği

## **14. Ulusal Bilimsel Toplantı ve Kurslarda Yapılan Konuşma ve Bildiriler**

- ✓ 16.Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi ‘Kronik hemodiyaliz gören hastalarda SF-36 sağlık ölçeği ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi’ başlıklı sunum, 14-18 Kasım 1999, ANTALYA
- ✓ 19. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi ‘Lokal Anestetik Kremlerin Hemodiyaliz Hastalarında Damar Giriş Yolunda Kullanımı’ başlıklı sunum, 17-21 Eylül 2002 ANTALYA
- ✓ 20.Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi ‘Diyabetik ve Diyabetik Olmayan Periton Diyalizi Hastalarının Adequest Testi İle Karşılaştırılması’ başlıklı sunum, 12-16 Eylül 2003,ANTALYA
- ✓ 20. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi ‘Periton Diyaliz Programındaki Diyabetik ve Diyabetik Olmayan Hastalarının Biyokimyasal Parametrelerinin Periton Dengeleme Testine Etkisi’ başlıklı sunum, 10 - 14 Eylül 2004, ANTALYA
- ✓ 21. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Antalya ‘Böbrek Hastalıklarının Önlenmesinde Multidisipliner Yaklaşım’ başlıklı sunum, 19-23 Ekim 2011, ANTALYA.
- ✓ 24.Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi ‘Periton Diyalizinde Tıbbi Atık Yönetimi’ başlıklı sunum, 22-26 Ekim 2014, ANTALYA.

- ✓ 25. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi ‘Hemodiyalizde Nitelikli ve Maliyet Etkili Bakımın Sunumunda Hemşirenin Rolü’ başlıklı sunum, 21-25 Ekim 2015, ANTALYA.

### **15. Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler**

- ✓ E Akın (Dane), H Ergin, S Akın. Kronik hemodiyaliz gören hastalarda SF-36 sağlık ölçeği ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. 16. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi 1999:308
- ✓ MF Codita, E Akın (Dane) . Assessment of health quality of patients on chronic haemodialysis treatment with SF-36 health scoring. 29. EDTNA/ERCA European And Transplant Nurses Association European Renal Care Association 2000:54; Poster session:195
- ✓ H.E Karadayı, S Alışır, A Sevük, E Akın (Dane). Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Kemik Döngüsünün Noninvaziv Göstergeleri ve Kemik Dansitometrisi. 18. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi 2001:39
- ✓ H.E Karadayı, E Akın (Dane) ,S Alışır, A Sevük. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Venöz Giriş Yolları Açısından Demografik İnceleme. 18. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi 2001:41
- ✓ V Güneş, E Akın (Dane), Y Han, A Köroğlu, B Kul, H.E Karadayı. Hemodiyalizde Venöz Girişim Yollarının Resirkülasyon ve Diyaliz Etkinliği Üzerine Etkisi. 18. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi 2001:64
- ✓ M Kılıç, A Aydın, M Çınar, E Akın (Dane), S Alışır, H.E Karadayı. Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz Yapan Hastalarda Peritonit Sıklığında Risk Faktörlerinin Rolü. 18. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi 2001:77
- ✓ H.E Karadayı, S Alışır, S Şahin, E Akın (Dane). Hemodiyaliz Hastalarının Damar Giriş Yolları Açısından Değerlendirilmesi. 19.Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi 2002: 48
- ✓ H.E Karadayı, S Şahin, N Ellez, E Akın (Dane), Z Bütün, G Kantarcı. L-Carnitine Supplementation Reduces Recombinant Human Erythropoietin (R-

- HUEPO) Requirements İn Cronic Hemodialysis Patients.19. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi 2002:49
- ✓ E Akın (Dane), S Alışır, V Güneş, D Yalçın, Y Duran, H.E Karadayı. Lokal Anestetik Kremlerin Hemodiyaliz Hastalarında Damar Giriş Yolunda Kullanımı. 19. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi 2002: Poster sunumu: P-071
  - ✓ D Yalçın, G Kantarcı, E Akın (Dane), H.E Karadayı, S Şahin, D Balcan. 19. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi 2002:80
  - ✓ E Akın (Dane), S Alışır, V Güneş, D Yalçın, Y Duran, H.E Karadayı. Lokal Anestetik Kremlerin Hemodiyaliz Hastalarında Damar Giriş Yolunda Kullanımı. 19. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi 2002:89
  - ✓ E Akın (Dane), M Kılıç, D Balcan, S Alışır, H.E Karadayı. Diyabetik ve Diyabetik Olmayan Periton Diyalizi Hastalarının Adequest Testi İle Karşılaştırılması. 20.Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi 2004:97
  - ✓ E Akın (Dane), M Kılıç, D Balcan, S Alışır, H.E Karadayı, D Özdemir. Comparison Of Peritoneal Dialysis Patients With Or Without Diabetes By Adequest Test. 33. Conference of EDTNA/ERCA Geneva, Switzerland 4-7 September 2004:36
  - ✓ D Balcan, G Kantarcı, M Kılıç, E Akın (Dane), H.E Karadayı, S Şahin, A Aydın. SAPD Yöntemine Zorunlu Geçen Hastalarla Kendi Tercih Eden Hastalarda Tedavi Uyumu ve Komplikasyonları. 20.Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi 2004:98
  - ✓ E Akın (Dane), M Kılıç, D Balcan, S Alışır, H.E Karadayı. Periton Diyaliz Programındaki Diyabetik ve Diyabetik Olmayan Hastalarının Biyokimyasal Parametrelerinin Periton Dengeleme Testine Etkisi. 20. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi 2004:115
  - ✓ H Çelen, B Kıvrak, A Köroğlu, E Dane. S Ecdar, H Ergin. Socio- Cultural Structures Of The Patients And Peritoneal Dialysis Efficacy. 38. EDTNA/ERCA International Conference Hamburg,Germany 5-8 September 2009: Poster session: P007.

- ✓ E Dane, H Yalın, N Olgun. Erişkin Still Hastalığı Ve Hemşirelik Bakımı; Olgu Sunumu. 25. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi 21-25 Ekim 2015 : Poster sunumu: HP-020

#### 16. Ön Lisans Düzeyinde Verdiği Dersler

Akademik yıl	Dönem	Dersin Adı	Haftalık saati	Öğrenci sayısı	Bölüm
2015-2016	Güz	Hemodiyaliz hasta ve aile eğitimi	6	61	Diyaliz
		Hemodiyaliz işleminin tanımı	6	61	Diyaliz
		Hemodiyaliz işleminde kullanılan malzemeler	6	61	Diyaliz
		Periton diyalizi nedir?	6	61	Diyaliz