

TC  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ'NDE (KKTC)  
KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HEMODİYALİZ  
TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN ALGILANAN AİLE  
DESTEĞİNİN BELİRLENMESİ

Gözde SEVİNDİK

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN

İSTANBUL-2017



TC  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ'NDE (KKTC)  
KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HEMODİYALİZ  
TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN ALGILANAN AİLE  
DESTEĞİNİN BELİRLENMESİ

Gözde SEVİNDİK  
142038005

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN

İSTANBUL-2017

# TEZ ONAYI

T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

## YÜKSEK LİSANS TEZ ONAYI

### ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Gözde SEVİNDİK Öğrenci No : 142038005  
Anabilim/Bilim Dalı : HEMŞİRELİK Tez Savunma Tarihi : 01.02.2017  
Danışman : Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN Tez Savunma Saati : 10.00

Tez Konusu : "Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Algılanan Aile Desteğinin Belirlenmesi"

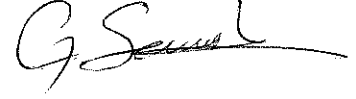
TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN	Kabul	B. Yürügen
Y. Doç. Dr. Yıldırım GÜLHAN	KABUL	
Y. Doç. Dr. Esra Uğur (Acıbadem Üniv.)	Kabul	S. Uğur
YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Y. Doç. Dr. K. Derya BEYDAĞ		

## BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

**Gözde SEVİNDİK**



## ÖZET

Bu araştırma “Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Algılanan Aile Desteğini Belirlenmesi” amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde diyaliz ünitesi bulunan tüm hastanelerdeki 169 hasta oluşturmaktadır. Toplama araçları olarak 17 sorudan oluşan sosyo-demografik veri formu ve “Algılanan Aile Desteği Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve iki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Man Whitney-U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis-H testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Çalışmada algılanan aile desteğinin; yaş, cinsiyet, medeni durum, evde kimlerle yaşadığı, çocuk sayısı, yaşanılan yer, çalışma durumu, meslekte çalıştığı süre, aile bireyleriyle iletişim kurarken zorlanma durumu ve aile dışında destek alınan kişi durumuna göre ortalamaları anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Gelir düzeyi, eğitim düzeyi, aile ilişkilerini etkileme durumu, ailenin destek olduğunu hissetme durumu, aile ve akraba desteğinin hastalığa olumlu etkisi, aile dışında destek alınan kişi durumu puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak; çalışmamızda hastaların algılanan aile desteği düzeyinin orta düzeyde olduğu saptanmış ve hastaların, aile desteğine ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir. Bu nedenle algılanan aile desteğinin artırılması için hastanın yakın çevresine, hastalığın doğuracağı sorunlar ile ilgili ve birbirleri ile iletişim kurma becerilerini artırmaya yönelik eğitimler düzenlenmesi önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Aile, Algı, Destek, Hemodiyaliz,

## ABSTRAC

### THE DETECTION HEMODIALYSIS PATIENTS' CHRONIC KIDNEY DEFICIENCY PERCEIVED FAMILY SUPPORT IN TURKISH REPUBLIC OF NORTHERN CYPRUS

This research was conducted as descriptive to be aimed to determine perceived family support of hemodialysis patients. The universe of this research is composed of 169 patients from all the hospitals having dialysis unit in Turkish Republic of Northern Cyprus (KKTC). Socio-demographic data form with 17 question and "Perceived Family Support Scale" were used as data as data collection. The data of the research was analyzed via SPSS for Windows 22.0 programme. In the evaluation of data; number, percent, average, standars deviation and Kruskall Whallis-H test, in the compare of quantitative continual data between two independent group, were applied as descriptive statistical method. Indications were evaluated %95 confidence interval, %5 level of significance.

In the research, according to age, gender, civil status, the number of child, living place, working status, the period of profession, communication difficulties among family members and support person status except family members, perceived family support averages can not be defined as "meaningful"(p>0.05). The points among income rate, education level, the influence status of family relations, feeling state of the family support, the positive effect to the illness of family and relatives' support, support person status except family members are determined significant difference statistically.

As a conclusion, in our search, the patients' level of perceived family support was determined at intermediate level and it was stated that the patients need family support. For this reason, it is suggested some arrangements like educational works related to the possible problems of the illness and developing communication skills each other for patients' close circle to increase perceived family support.

**Key Words:** Family, Hemodialysis, Perception, Support,

## ÖNSÖZ

Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Algılanan Aile Desteğinin Belirlenmesi amacıyla yazdığım tezimin hazırlanması ve yürütülmesi sırasında beni yönlendiren ve bana yardımcı olan değerli Hocam Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN'e ve her zaman yanımda olan maddi ve manevi desteğini esirgemeyen canım ailem; annem babam ve kardeşlerime en içten teşekkürlerimi sunarım.

GÖZDE SEVİNDİK



# İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	ii
BEYAN.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTARCT.....	v
ÖNSÖZ.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Böbreğin Yapısı ve Fonksiyonları.....	5
2.1.1. Böbreğin Yapısı.....	5
2.1.2. Böbreğin Fonksiyonları.....	6
2.2. Akut Böbrek Yetmezliği.....	7
2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Epidemiyolojisi.....	8
2.3.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Oluşumunu Etkileyen Faktörler.....	9
2.3.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Belirti ve Bulguları.....	10

2.3.3.	Kronik Böbrek Yetmezliği Olan ve Diyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Beslenme .....	10
2.3.4.	Kronik Böbrek Yetmezliği Komplikasyonları.....	11
2.4.	Renal Replasman Tedavileri.....	12
2.4.1.	Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi .....	13
2.4.1.1.	Hemodiyaliz Tedavisinin Avantajları.....	14
2.4.1.2.	Hemodiyaliz Tedavisinin Dezavantajları .....	14
2.4.1.3.	Hemodiyaliz Tedavisinin Komplikasyonları.....	14
2.4.2.1.	Periton Diyalizinin Avantajları.....	15
2.4.2.2.	Periton Diyalizi Dezavantajları .....	15
2.4.2.3.	Periton Diyaliz Komplikasyonları .....	16
2.4.3.	Böbrek Transplantasyonu .....	16
2.4.3.1.	Renal Transplantasyon Komplikasyonları .....	17
2.5.	Hemodiyaliz Hastalarında Psikolojik Sorunlar .....	17
2.5.1.	Anksiyete .....	19
2.5.2.	Depresyon.....	19
2.5.3.	Cinsel İşlev Bozukluğu.....	20
2.5.4.	Uyku Düzensizliği .....	20
2.5.5.	Duygulanım Bozukluğu .....	20
2.6.	Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Sosyal Destek (Aile, Arkadaş, Akraba).....	21
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	24

<b>3.1. Araştırmanın Şekli</b> .....	24
<b>3.2. Araştırmanın Hipotezi</b> .....	24
<b>3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi</b> .....	26
<b>3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri</b> .....	26
<b>3.5. Araştırmanın sınırlılıkları (kısıtlılıkları)</b> .....	26
<b>3.6. Veri Toplama Araçları</b> .....	26
<b>3.6.1. Veri Toplama Formlarının Uygulanması</b> .....	27
<b>3.6.2. Araştırma Verilerinin Analizi</b> .....	27
<b>3.7. Araştırmanın Etik Boyutu</b> .....	27
<b>4. BULGULAR</b> .....	28
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	41
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	49
<b>KAYNAKÇA</b> .....	54
<b>EKLER</b> .....	61
<b>EK-1: Anket Formu (Sosyo-demografik veri formu)</b> .....	61
<b>EK-2: Algılanan Aile Desteği Ölçeği</b> .....	65
<b>EK-3: Aydınlatılmış Onam Formu</b> .....	69
<b>EK-4: Etik Kurulu Onayı</b> .....	70
<b>EK-5: KKTC Sağlık Bakanlığı İzin Belgesi</b> .....	73
<b>EK-6: İntihal Raporu</b> .....	74

## Tablo Listesi

### SAYFA NO

<b>Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri Ve Aile İlişkilerine Yönelik Soruların Dağılımı.....</b>	<b>28</b>
<b>Tablo 2. Hastaların Algıladıkları Aile Desteği Düzeyinin Yaşa Göre Ortalamaları.....</b>	<b>32</b>
<b>Tablo 3. Hastaların Algıladıkları Aile Desteği Düzeyinin Cinsiyete Göre Ortalamaları.....</b>	<b>32</b>
<b>Tablo 4. Hastaların Algıladıkları Aile Desteği Düzeyinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları.....</b>	<b>33</b>
<b>Tablo 5. Hastaların Algıladıkları Aile Desteği Düzeyinin Evde Kimlerle Yaşadığına Göre Ortalamaları.....</b>	<b>33</b>
<b>Tablo 6. Hastaların Algıladıkları Aile Desteği Düzeyi Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları.....</b>	<b>34</b>
<b>Tablo 7. Hastaların Algıladıkları Aile Desteği Düzeyinin Çocuk Sayısına Göre Ortalamaları.....</b>	<b>34</b>
<b>Tablo 8. Hastaların Algıladıkları Aile Desteği Düzeyinin Yaşanılan Yere Göre Ortalamaları.....</b>	<b>35</b>
<b>Tablo 9. Hastaların Algıladıkları Aile Desteği Düzeyinin Gelir Düzeyine Göre Ortalamaları.....</b>	<b>35</b>
<b>Tablo 10. Hastaların Algıladıkları Aile Desteği Düzeyinin Çalışma Durumuna Göre Ortalamaları.....</b>	<b>36</b>
<b>Tablo 11. Hastaların Algıladıkları Aile Desteği Düzeyinin Meslekte Çalışılan Süresine Göre Ortalamaları.....</b>	<b>36</b>

<b>Tablo 12. Hastaların Algıladıkları Aile Desteği Düzeyinin Hastalığının Aile İlişkilerini Etkileme Durumuna Göre Ortalamaları.....</b>	<b>37</b>
<b>Tablo 13. Hastaların Algıladıkları Aile Desteği Düzeyinin Ailenin Destek Olduğunu Hissetme Durumuna Göre Ortalamaları.....</b>	<b>37</b>
<b>Tablo 14. Hastaların Algıladıkları Aile Desteği Düzeyinin Aile ve Akraba Desteğinin Hastalığa Olumlu Etkisine Göre Ortalamaları.....</b>	<b>38</b>
<b>Tablo 15. Hastaların Algıladıkları Aile Desteği Düzeyinin Aile Dışında Destek Alınan Kişi Durumuna Göre Ortalamaları.....</b>	<b>38</b>
<b>Tablo 16. Hastaların Algıladıkları Aile Desteği Düzeyinin Aile Bireyleriyle İletişim Kurarken Zorlanma Durumuna Göre Ortalamaları.....</b>	<b>39</b>
<b>Tablo 17. Hastaların Algıladıkları Aile Desteği Düzeyinin Yaşadığı Sorunları Ailesiyle Paylaşma Durumu Göre Ortalamaları.....</b>	<b>39</b>
<b>Tablo 18. Hastaların Algıladıkları Aile Desteği Düzeyi.....</b>	<b>40</b>

## KISALTMALAR LİSTESİ

**ABY:** Akut Böbrek Yetmezliği

**ASDÖ:** Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

**AVF:** Arterio-Venöz Fistül

**DM:** Diabetes Mellitus

**DSÖ:** . Dünya Sağlık Örgütü

**GFR:** Glomerüler Filtrasyon Hızı

**gr:** Gram

**HD:** Hemodiyaliz

**HT:** Hipertansiyon

**KBY:** Kronik Böbrek Yetmezliği

**KKTC:** Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

**KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

**mg:** Miligram

**mg/dl:** Miligram/Desilitre

**ml:** Mililitre

**ml/dk:** Mililitre/Dakika

**mnb/pmm:** Parts per million (Milyonda Bir)

**PD:** Periton Diyalizi

**RRT:** Renal Replasman Tedavileri

**SDBY:** Son Dönem Böbrek Yetmezliği

**SPSS:** Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler Statik Staj Paketi)

**TL:** Türk Lirası

**TX:** Transplantasyon

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), böbreğin işlevlerinin bozulmasından dolayı tüm organ ve sistemlerin çalışmasını etkileyen bir hastalıktır. Ülkemizde KBY' den dolayı diyalize bağımlı olan hasta sayısı giderek artmaktadır. Kronik böbrek yetmezliğinde renal replasman tedavilerinde (RRT), en sık uygulanan yöntem hemodiyalizdir. Hemodiyaliz hastadan alınan kanın yarı geçirgen bir katmandan geçirilirken temizlenmesi ve sıvı solüt içeriğini düzenleyen ve kanın hastaya geri verilmesini sağlayan bir tedavi şeklidir. Kısaca, bir suni böbrek makinesi yardımıyla hastanın kirlenen kanının temizlenmesi işlemidir (1, 2, 3). Türkiye 2015 yılı Ulusal Hemodiyaliz, Transplantasyon ve Nefroloji Kayıt Sistemi Raporuna göre; 2015 yılında renal replasman tedavileri ile yeni tedavi sürecine başlayan hasta sayısı 11597, hemodiyaliz tedavisine başlayan hasta sayısı ise 9590'dır ve her yıl %10 civarı artış görülmektedir. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporuna göre Türkiye'de diyaliz tedavisi gören veya böbrek transplantasyonu (canlı ve kadavradan) yapılmış hasta sayısı 3204, yüzdesi ise 100.000 olarak belirtilmiş ve toplam sağlık bütçesinin % 5.2'si bu hastaların tedavisi edilmesi için ayrılmıştır (4). Kronik böbrek yetmezliği tüm dünyada giderek artan bir sağlık sorunudur ve kardiyovasküler komplikasyonlara sebebiyet vermektedir. "Türk Nefroloji Derneği (2011), yaptığı çalışmada kronik böbrek hastalığı prevalansının 18 yaşın üzerindeki insan nüfusunun % 15.7 olduğunu belirtmiştir" (2).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar ile ailelerinin yaşamı birçok yönden değişikliğe uğrar. Sosyal hayatı, ekonomik durumu ve psikolojik durumu etkilenir (5). Diyaliz hastalarının günlük aktiviteleri önemli derecede bozulur ve psikolojik olarak yüksek düzeyde stres yaşarlar. En önemli stres kaynaklarından biri diyaliz tedavisini almaktır. Bunun yanı sıra ilaç tedavisi, uyması gereken diyeti, haftanın belirli günler diyaliz makinesine bağlı kalması, çalıştığı iş yerine devam edememesi, cinsel işlevlerinde sorun olması ve sık hastalığa yakalanması gibi faktörler hastanın stresini artırır. Bir hastanın hastalığa verdiği cevap onun hasta olmadan önceki kişiliği, aile ve arkadaş ilişkileri ve hastalığının nedenine bağlıdır. Yapılan birçok araştırmada; aile ve arkadaş ilişkileri güçlü olan ve destek gören hastaların yaşama isteğinin yüksek olduğu

daha az stres yaşadığı ve hastalıklara yakalanma risklerinin azaldığı vurgulanmıştır. Diyaliz hastalarında başlıca görülen psikiyatrik sorunlar; anksiyete, depresyon, tedavi olmada isteksizlik, uyku bozuklukları, cinsel yaşamda sorunlar, suicid ve psikozdur (1-3).

Hemodiyaliz tedavisi gören hastalar ev ortamında birlikte olduğu aile bireyelerine tedaviden dolayı yaşadığı olumsuzlukları yansıtmaktadırlar. Aile; kan bağı ile birbirine bağlı ve aynı çatı altında yaşayan veya ortak roller çerçevesinde birleşen bireyleri kapsayan, aynı geliri paylaşan geniş veya çekirdek olarak gruplandırılan topluluk olarak tanımlanır. Aile üyeleri birbirleriyle sürekli iletişim içerisindedir. Kronik hastalıklarda aile bireyelerine düşen görevler vardır. Bunlar; hastaya psikolojik açıdan destek olmak ve hastanın bakımını üstlenmektir. Bu durum hem hastada hem aile bireyelerinde olumsuz birçok sonuç doğurmaktadır. Kronik hastalık, hastayı olduğu kadar ailesini de ciddi boyutlarda etkiler (1-6).

Yıllardır, hasta veya bir nedenle sakat kalmış bireyelerin evdeki bakımı ailesi tarafından karşılanır. Fakat bakım sorumluluğu ailelere çeşitli sıkıntılar doğurmuştur (7). Aileden birine kronik böbrek yetmezliği tanısı konulması ile birlikte aile üyelerinin sorumluluklarında bir takım değişiklikler meydana gelir. Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan aile bireyelerinde, anksiyete, suçluluk ve utanç duygusu görülebilmektedir. Yaşanan bu olumsuzluklar yaşam kalitesinin ciddi boyutlarda düşmesine sebep olabilmektedir. Yapılan birçok çalışma, aile üyelerinden birinin kronik hastalığa sahip olmasının, aile ilişkilerinin bozulmasına ve hastalığın gidişatının olumsuz yönde etkilenmesine sebep olduğunu vurgulamıştır. Bu durum hastanın zaten var olan sıkıntılarını daha büyük boyutlara getirmektedir (8). Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar diyaliz makinesine ve kişilere bağlı olarak yaşamak zorundadırlar. Günlük aktivitelerini yerine getirirken oluşan zorluklar hastalarda bağımlılık sorunlarını da ortaya çıkarmaktadır. Yapılan çalışmalarda, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda; depresyon, tedirginlik, gerginlik ve kabullenememe sorunları başta olmak üzere birçok ruhsal bozukluğun ortaya çıktığı belirtilmiştir (9).

Aile bireyelerinin hastalık süreci aşamasında hastaya karşı tutumu hastaların psikolojisini olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastanın günlük hayatında yaşadığı olumsuzluklar ve sosyal destek eksikliği ümitsizliğe neden olmaktadır. Diyaliz hastalarının psikolojisinden dolayı verdiği olumsuz tepkilerin



altında yatan sorunlar anlaşıldıkça ailelerin hastaları anlayıp yardımcı olmaları daha kolay hale gelecek ve oluşabilecek psikolojik sorunlar engellenebilecektir (9).

Bireylerin güçlü yönleri olduğu gibi zayıf yönleri de vardır. Bireyin psikolojik sorunlarla başa çıkabilmesi için baş etme yöntemlerini iyi kullanabilmesi gerekir ve bunun için ailesinden destek görmesi önemlidir. Ailesel destek, daha kapsamlı bir ifadeyle sosyal destek, bireyin çevresinden aldığı sosyal ve psikolojik destek olarak kabul edilir. Kurt Lewin'in "Alan Kuramı ve Davranış Tanımı" sosyal desteğin teorik temelini oluşturur. Sosyal destek kapsamında bireyin; ailesi, akrabaları, arkadaşları, komşuları, öğretmenleri ve bireyin içinde bulunduğu toplum yer almaktadır. Yapılan birçok çalışma, sosyal destek sisteminin bireyin psikolojik sorunlarının çözümünde, önlenmesinde ve karşılaştığı güçlüklerle baş edebilmesinde etkili olduğunu ortaya koymuştur (10).

Mutlu E (2007), yaptığı çalışmada; sosyal desteğin iyilik hali üzerinde direkt etkisi olduğu, hemodiyaliz hastalarının algıladıkları sosyal destek seviyesinin artmasının, hastaların yaşam memnuniyetini arttırdığı, depresif duygu durumu ve hastalığın yükünü azalttığı, sosyal ilişkileri güçlü olan bireylerin daha çok yaşadıkları ve stresin getirdiği kararsızlık, öfke, düşmanlık, kızgınlık, güvensizlik gibi duygulardan uzaklaştıkları, bireyin çevreden aldığı her türlü yardımın, stresinin azalmasına, kendine olan öz güveninin artmasına ve yaşanan sorunun çevreyle paylaşılmasının, sorunların çözümlenmesine olanak sağlayacağı, problemlere birlikte çözüm arayan insanların başa çıkma konusunda daha verimli sonuçlara ulaşabileceği belirtilmiş ve tüm bunlar göz önüne alındığında, hastaların bulunduğu çevrenin destek sistemlerinden yararlanmasının yarar sağlayacağı saptanmıştır (3).

Bu çalışma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ndeki devlet hastanelerinde diyaliz tedavisi alan hastaların algılanan aile desteğinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Üstte belirtilen verilere dayalı olarak hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin algılanan aile desteğinin belirlenmesinin, hastanın fiziksel ve ruhsal olarak yaşayacağı değişikliklerin farkına varabilmek hasta ile daha kolay iletişim kurabilmek, günlük aktivitelerinde yardımcı olabilmek ve psikolojik açıdan destek verebilmek açısından önemli olduğu ve katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu alışma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ndeki devlet hastanelerinde diyaliz tedavisi alan hastaların algılanan aile desteğinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Böbreğin Yapısı ve Fonksiyonları

#### 2.1.1. Böbreğin Yapısı

Böbrek: Böbrekler karın bölgesinin arka kısmında (retroperitoneal bölgede) 11. torasik vertebra ile 3. lumbal vertebra arasında bir çift organdır. Böbrek yaklaşık 12 cm uzunluğundadır. Erkeklerde 150 gr, kadınlarda 135 gr ağırlığındadır (11). Böbreklerin ön yüzü arka kısmına göre daha düz şekildedir. Böbreklerin üstünde böbrek üstü bezleri yer alır. Böbreğin orta yüzünde hilus adı verilen boşluk bulunur. Toplayıcı sistem, sinirler ve kan damarları hilusta yer alır (12). Sağ böbrek sol böbreğe göre karaciğerden dolayı daha aşağıdadır (13). Böbreği içten dışa saran oluşumlar vardır. Bunlar; fibröz kapsül, adipöz kapsül ve renal fascia'dır. Kan damarlarının ve renal fascia'nın böbreğin yerinde tutulmasında büyük rolü vardır (14). Böbreğin iç kısmında pelvis renalis ve birbirinden farklı iki kısım vardır. Bu kısımlar korteks ve medulladır. Korteks renalis idrar yapan oluşumları içerir, medulla renalis ise toplayıcı kanallardan oluşur (15).

Böbreğin en küçük fonksiyon ve yapı birimi nefrondur. Nefron geçtiği bölgeye göre düz veya kıvrımlı, uzun bir boru şeklindedir (16). İki böbrekte yaklaşık 2 milyon nefron bulunmaktadır. Nefronlar renal korteks ve medullada bulunur. Glomerul, proksimal tübül, henle kulbu, distal tübül ve toplayıcı kanaldan oluşur. Toplayıcı kanallar bir araya gelerek renal kaliksleri oluşturur (15).

Glomerüller; farklı hücrelerden oluşan kapiller ağdır. Kanın akıcılığını sağlayarak, doku ile kan arası direkt temastaki hücreler bulunur. Kanın filtrasyon işlemi burada gerçekleşir. Glomeruler kapiller duvarı plazma proteinlerinin geçişini engelleyen bir bariyer oluşturur. Glomeruler membran yapısı bozulduğunda filtrata ve idrara protein ve hücreler geçer (11-17).

Proksimal Tübül; Kortekste bulunur. Proksimal tübülün başlangıcını bowman kapsülü oluşturur. Proksimal tübül, nefronun metabolik olarak en aktif kısmıdır. Süzülen sodyum, klorür, potasyum, glukoz, fosfat, sülfat, su ve glomeruler filtratın geri emilmesinde görev alır (11-14).

Henle Kulbu; proksimal tübülden sonra gelir. U şeklinde 2 kısımdan oluşur. Çıkan ince kısım hücreleri ile inen kısım hücreleri birbirine benzerdir. Çıkan kol suya

geçirgen olmadığından suyun geri emilimi inen kolda gerçekleşir. Burada bulunan özelleşmiş hücre topluluklarına “Makula densa” denir. Henle kulpu süzölmüş suyun %15’ini, sodyumklorür, kalsiyum ve potasyumun %25 ini geri emer (14).

Distal Tüböl; henle kulpundan sonra gelir túböler yapının son bölümüdür. Proksimal túbölden daha kısadır. Diğer túböllerle birleşerek toplayıcı kanalları oluşturur ve iyon geçişine elverişlidir. Kandaki asit-baz dengesinin korunmasında rolü vardır (18).

Toplayıcı Kanallar; distal túböller birleşerek henle kulbuna paralel konumda olan medullaya iner ve toplayıcı kanalı oluşturur. Distal túbölden geçen filtrat, toplayıcı kanallara gelir ve idrar ismini alır (11).

### **2.1.2. Böbreğin Fonksiyonları**

Böbreğin birçok fonksiyonu vardır;

- İdrar oluşumu,
- Metabolik atık ürünlerin atılımı (Üre, ürik asit, kreatinin),
- Vücudun sıvı ve elektrolit dengesinin korunması,
- Zararlı olan ilaç, toksin ve metabolitlerin temizlenmesi ve atılımı,
- Kan basıncı ve sıvı hacminin düzenlenmesi,
- D vitamini ve eritropoietin gibi hormon üretimi,
- Peptit hormonlar ve küçük moleköl ağırlıklı proteinlerin yıkımı (19).

İdrar oluşumu; nefronda glomerüler filtrasyon, túböler sekresyon ve túböler geri emilim sonucunda gerçekleşir. Glomerüler filtrasyon, plazmanın bowman kapsölünün idrar boşluğu denilen aralığına geçmesidir. Nefronun en aktif kısmı proksimal túböldür. Glomerüler filtrat hacminin, süzülen sodyum, klorür, potasyum, glukoz, fosfat, sülfatın geri emilimini ve böbreklerden atılan hidrojen iyonunun atılmasını sağlar (11). Henle kulpunun inen kolu suyun geri emilmesini, çıkan kolu ise sodyumun geri emilmesini sağlar ve böylece idrar konsantre edilir. Distal tüplerde ve toplayıcı kanallarda sodyum emilimi aldosteron tarafından, su geri emilimi ise antidiüretik hormon (ADH) tarafından düzenlenir (11).

Vücutta iç ortamın dengesinin korunması çok önemlidir. İç ortamın kimyasal yapısının dengede tutulmasında akciğer ve böbrek önemli role sahiptir. Akciğerler oksijen (O<sub>2</sub>) ve karbondioksit (CO<sub>2</sub>) düzeyini ayarlar. Böbrekler ise diğer önemli

bileşiklerin ve yabancı maddelerin miktarını düzenler. Aynı zamanda bu iki organ kanın PH'ının ayarlanmasında görev alır (20-21).

İç ortamın böbreklerde ayarlanmasında üç olay vardır;

**Glomerül Filtrasyon (Süzülme):** Plazmanın 1/5'lik kısmının glomerül membrandan tübül sistem içine süzülmesidir. Kandan ayrılan süzüntünün içeriği, proteinler hariç kan plazmasının aynısıdır (22).

**Tübül Reabsorbsiyon (geri emilme):** Glomerül membrandan tübül sistem içine filtre edilen sıvı tübüllerden geçerken işe yarayan bölümü kana döner, istenmeyen bölümü ise idrara geçer (22).

**Tübül Sekresyon;** İstenmeyen maddelerin idrarla atılmasını sağlayan bir mekanizmadır (22).

## **2.2. Akut Böbrek Yetmezliği**

Glomerül filtrasyon hızında (GFR) gelişen azalma sonucu vücutta; kan üre azotu, üremik toksinler ve kreatinin birikir. Bu durum akut böbrek yetmezliği (ABY) olarak tanımlanır. GFR'nin düşmesi akut böbrek yetmezliğinde hızlı bir şekilde gelişir (23). Bu durum su ve tuz yüklenmesine neden olur ve sonucunda ödem ve hipertansiyon gelişir (17). ABY'nde genellikle oligüri (günde 400 ml' den daha az idrar) ve anüri (günde 100 ml' den daha az idrar) meydana gelir (23).

Akut böbrek yetmezliğinin nedenleri üç başlık altında incelenebilir;

1) **Prerenal Akut Böbrek Yetmezliği:** Serum kreatinin ve kan üre düzeyindeki artış GFR'nin azalmasına sebep olur ve böbreğe giden kan akımı yetersiz hale gelir. Bu durumda böbrekler kanı tam olarak süzemez. İlk olarak gelişen dehidratasyon düzeltilmelidir (17).

2) **İnrarenal Akut Böbrek Yetmezliği:** Böbreğin glomerüllerini kan damarlarını veya tübüllerini etkileyen bozukluklar nedeniyle oluşur (17).

3) **Postrenal Akut Böbrek Yetmezliği:** Üriner toplayıcı sistemin tıkanmasından kaynaklanmaktadır. Kalsiyum, ürat veya sistin çökmesi sonucu böbrekte oluşan taşlar üriner sistemin tıkanmasına yol açar (17).

### 2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Epidemiyolojisi

2008 Sağlık Bakanlığı verilerine göre, ülkelerin gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın kronik hastalıklar her geçen gün artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2010 yılı verilerine göre, dünya genelinde ölümlerin nedeni en fazla kronik hastalıklardır. DSÖ' nün 2011'de yayınladığı bulaşıcı olmayan hastalıklar ülke profillerinde, 2008 yılında ülkemizdeki ölümlerin yaklaşık %85'ini kronik hastalıklar nedeni ile gerçekleştirmiş ve 2008 yılında 36 milyondan daha fazla insan kronik hastalıklardan dolayı ölmüştür (24).

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), çeşitli nedenlere bağlı olarak glomerüler filtrasyon hızında azalma sonucu böbreğin işlevlerini yerine getirememesidir. Sıvı elektrolit dengesi ve metabolik-endokrin fonksiyonları kalıcı olarak bozulur (25). Kalıcı nefron kaybı ve kalıcı böbrek fonksiyon kaybı olarak da tanımlanabilir. KBY' de GFR 60 ml/dk/1.73 m<sup>2</sup>'nin altına iner ve üç aydan daha uzun süren idrar albümin atılımı artışı gözlemlenir. GFR' nin ortalama ideal değeri 125 ml/dk kabul edilir. Kırkbeş (45) yaşından itibaren her yıl GFR 1 ml/dk azalır (26). Böbrek yetersizliği olan bir olguda; üç aydan uzun süren azotemi, uzun süreli üremik belirti ve bulgular, renal osteodistrofi belirti ve bulguları, anemi, hiperfosfatemi, hipokalsemi, idrar sedimentinde geniş silindirler ve radyolojik incelemelerde bilateral küçük böbrekler kronik hastalık göstergeleridir. Bu özellikler KBY' ni akut böbrek yetmezliğinden ayırır (27). Böbrek yetersizliği evrelere ayrılır ve beş aşamada gerçekleşir;

Böbrek fonksiyonlarında azalma olmaya başladığında ilk evre olarak GFR 50-80 ml/dk arasında olur ve hastada belirti görülmez. Hafif derece böbrek yetmezliği olarak tanımlanan ikinci evrede, GFR 30-50 ml/dk arasında olur ve belirti olarak hipertansiyon ile sekonder hiperparatiroidizm gelişir. Üçüncü evre olan orta derecede böbrek yetmezliğinde, GFR 10-29 ml/dk arasında olup hipertansiyon, sekonder hiperparatiroidizm ve anemi görülür (28). Dördüncü evre ciddi böbrek yetmezliğidir. GFR 10 ml/dk'nın altına düşer bir önceki evreye ek olarak su ve tuz tutulumu, iştahsızlık, kusma ve üst düzey mental fonksiyonlarda azalma görülür. Son dönem böbrek yetmezliğinde ise artık GFR 5 ml/dk'nın altındadır ve ciddi böbrek yetmezliğinde görülen belirtilerin yanı sıra pulmoner ödem, koma, konvülsiyon, dekompanse asidoz, hiperkalemi ve ölüm eşlik edebilir (28).

Böbreğin bozulan fonksiyonlarından ilki idrarı konsantre etme yeteneğinin azalmasıdır. 24 saatlik metabolizma ritmi bozulur ve hastalarda noktüri başlar. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda son döneme kadar su, sodyum ve potasyum dengesi normal koşullarda korunur fakat alt ve üst sınır limitleri azalır (22). Sağlıklı bir insan aldığı üç litre sıvıyı kısa sürede vücuttan atabilir, fakat üç litre sıvı kronik böbrek yetmezliği olan bir hastada hipervolemi gelişmesine neden olur. Ya da tuzsuz bir diyetle sağlıklı bir insanın idrarla tuz kaybı birkaç günde sorun yaratmazken kronik böbrek yetmezliği olan bir hasta tuz kaybetmeye devam eder ve hiponatremi gelişebilir (22).

Tüm organ ve sistemler KBY'den etkilenir. KBY yavaş yavaş ve belirti vermeden gelişir. Sonuçta nefron fonksiyon kaybı meydana gelir ve son dönem böbrek yetmezliğine yol açar. SDBY; böbrek fonksiyonlarının geriye dönüşümsüz kaybıdır. Bu durumda hastaya diyaliz ve böbrek transplantasyonu (TX) gibi renal replasman tedavileri (RRT) uygulanır (19). SDBY, renal replasman tedavisi başlamadığı sürece hızlı bir şekilde ölüme sebep olur. Böbreklerin işlevini kaybederek artık maddeleri yok edememesi kanda normal olmayan kimyasal değişiklikler meydana getirir ve bu durum üremi olarak adlandırılır. Üremi; akut veya kronik böbrek yetmezliğinin sonucunda tüm organlardaki fonksiyon bozukluğudur (19).

### **2.3.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Oluşumunu Etkileyen Faktörler**

KBY birçok nedenle gelişebilmektedir. Bu nedenler ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Böbreğin süzme fonksiyonlarının bozulması, renal arter daralmasına bağlı olarak hipertansiyon gelişmesi ve renal arter embolizmi, prerenal nedenler olarak gruplandırılır. Kronik glomerulonefrit, diabetes mellitus, amiloid adı verilen proteinin organlarda birikmesi, hipertansiyon, kistik hastalıklar, patolojik yeni doku oluşumu, renal nedenlerdir. Postrenal neden olarak ise, toplayıcı sistemdeki bozukluklar kabul edilir ve en sık görülen nedenler idrar yolu obstrüksiyonu, böbrek ve idrar yollarındaki tümör ve böbrek taşlarıdır (29-30).

Türk Nefroloji Derneği'ne göre Türkiye'de sık görülen en önemli nedenler arasında; hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM), kronik glomerulonefrit ve ürolojik hastalıklar gelmektedir (29-30).

### 2.3.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Belirti ve Bulguları

Böbrek yetmezliği geliştiğinde etkilenen tek organ böbrek değildir. Vücuttaki tüm sistemler etkilenir ve her sistemde farklı bulgular saptanır.

**Gastrointestinal Sistem:** İştahsızlık, hıçkırık, bulantı kusma, gastrit, ülser, gastrointestinal kanama, intestinal obstrüksiyon.

**Sıvı-elektrolit Bozuklukları:** Hipervolemi, hipovolemi, hiponatremi, hipernatremi, hiperpotasemi, hipopotasemi, metabolik asidoz.

**Kardiyovasküler Sistem:** Hipertansiyon, ödem, perikardit, aritmi, kapak hastalığı.

**Sinir Sistemi:** Baş ağrısı, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları, koma, demans, konvülsiyon, sersemlik, kramp, konsantrasyon bozuklukları, yorgunluk, huzursuz bacak sendromu, tik, tremor, ruhsal bozukluklar.

**Pulmoner Sistem:** Üremik akciğer, pulmoner ödem.

Yukarıdaki bulgulara ek olarak; susuzluk, kilo kaybı, ağız kokusu, noktüri, yumuşak doku kalsifikasyonu (19, 26, 31).

### 2.3.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan ve Diyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Beslenme

Birçok hastalıkta olduğu gibi kronik böbrek yetmezliği olan ve diyalize giren hastalarda da beslenme, tedavi ve sıvı kısıtlamaları önemli faktörlerdendir. Diyalize giren hastalara özel diyet uygulanması gerekebilir ve bu durum hastanın yemek yeme alışkanlıklarını etkilemektedir. Diyet uygulanmasının amacı tedaviye destek olmak, böbrek bozukluğunun ilerlemesini engellemek ve üremik toksisiteyi önlemektir. Diyete uyum gösteremeyen hastalarda sıvı elektrolit dengesi bozulur ve malnütrisyon gelişme riski oluşur. KBY hastalarında GFH 60 ml/dak/1,73 m<sup>2</sup> altına düştüğünde protein kısıtlaması gerekmektedir. Hastalarda protein kısıtlandığı için yeterli enerjinin sağlanabilmesi için günlük 300-400 gram (gr) karbonhidrat alması gerekir. Hemodiyaliz hastalarına günde 20-25 gr lif almaları önerilmektedir. Bunun yanı sıra yağdan elde edilen enerji miktarı toplam enerjinin %30'undan fazla olmamalıdır. Alınan diyetle doymamış yağ içeriği, doymuş yağdan fazla olmalıdır. Hastaların günlük aldığı sıvı



miktarı önemlidir ve bir günde 1-1.5 litre sıvı tüketmelidirler. KBY hastalarında anüri veya oligüri görülebilmektedir. Günlük alınacak sıvı miktarı buna göre ayarlanmaktadır. Anürik hastada verilmesi gereken sıvı miktarı, “Sıvı miktarı=24x0.5 x vücut ağırlığı” olarak, oligürik hastada ise, “Sıvı miktarı= 24x0.5 x vücut ağırlığı” + bir gün önceki idrar miktarı olarak hesaplanmaktadır (29, 30, 32).

Hastaların diyetinde sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfor ve demir alımı ayarlanmalıdır. Hemodiyaliz hastalarında idrar miktarına göre sodyum kısıtlaması yapılabilir. Örneğin anüri gelişen hastalar bir günde 1-2 gr tuz ve en fazla bir litre sıvı alabilir. Hastalarda potasyum kısıtlaması yapılmasının nedeni hiperpotasemi görülmesidir ancak hipopotasemi geliştiği durumlarda kısıtlamaya gidilmez. Ayrıca diyetinde potasyum ve sodyum ayarlaması yapılarak pulmoner ödem, hipertansiyon ve kalp yetmezliği önlenilmeye çalışılır. Böbrekte nefronların çalışmaması fosfor atılımını zorlaştırır ve fosfor birikimine yol açar. Hastalarda fosfor düzeyi 2,5-4,5 mg/dl arasında olmalıdır. Protein değeri yüksek olan besinler fosfor açısından zengin besinlerdir. Bu nedenden dolayı dışarıdan fosfor bağlayıcı ajanlar verilmektedir. Hemodiyaliz hastalarında kalsiyum düzeyinin korunabilmesi için; kalsiyum desteği verilir ve serum fosfor düzeyinin kontrolü için ise, kalsiyum içeren fakat fosforu bağlayan ajanlar kullanılır. Hastaların diyetleri fosfor alımı kısıtlandığında kalsiyumdan da kısıtlı hale gelmektedir. Kalsiyum dengesini korumak için hastalara kalsiyum ve D vitamini verilmektedir. Hemodiyaliz hastalarında kalsiyum dengesinin düzeyde tutulabilmesi için günde 1200-1600 miligram (mg) kalsiyum almaları sağlanmalıdır (29-32).

#### **2.3.4. Kronik Böbrek Yetmezliği Komplikasyonları**

Kronik böbrek yetmezliğinde gelişebilecek komplikasyonları önlemek veya en aza indirmek için hastaların yaşam bulguları normal sınırlarda tutulmalı, diyetine dikkat edilmeli, aldığı çıkardığı takibi düzenli olarak yapılmalı ve ideal kiloda kalması sağlanmalıdır. Gelişebilecek komplikasyonlardan bazıları;

- Hipertansiyon,
- Anemi,
- Uyku Bozukluğu,
- Hiperkalemi,
- Perikardit ve Hipertansiyondur (33).

## 2.4. Renal Replasman Tedavileri

Böbrek fonksiyonlarının azalmasından dolayı vücutta zararlı ürünler birikir ve yaşam fonksiyonları bozulur. İlaç tedavisinin yetersiz kaldığı durumlarda RRT uygulanır. RRT olarak hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) ve böbrek transplantasyonu (TX) uygulanabilir. RRT'nin amacı bozulan böbreğin atamadığı zararlı atıkların vücuttan uzaklaştırılmasını sağlamaktır. Diyaliz yönteminin seçiminde önemli olan bazı faktörler vardır. Hastanın kardiyovasküler durumu, solunum sıkıntısı, idrar miktarı, gibi durumlar göz önünde bulundurulur (34, 35, 36).

1990 yılında Türk Nefroloji Derneği Ulusal Böbrek Kayıt Sistemi, uygulamaya geçmiştir ve Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıtları olarak yıllık rapor kitapları halinde yayınlanmaktadır. Türk Nefroloji Derneği 2008 kayıtlarında, 754 merkezden alınan bilgilere göre değerlendirme yapılmıştır. 2008 yılında Türkiye'de RRT gerektiren son dönem kronik böbrek yetmezliği nokta prevalansı, yaş gözetmeksizin, önceki yıla göre artmış ve milyon nüfus başına, 756 olarak belirtilmiştir. Sağlık Bakanlığı verileri ile karşılaştırıldığında ise bu sayının 847 olduğu saptanmıştır. 2008 yılında Türkiye'de RRT insidansı ise 188 olarak belirtilmiştir. 2008 yılı böbrek hastalıkları ile ilgili açılan merkezlerin sayısına bakılacak olursa Türkiye'de hemodiyaliz merkezi 716, periton diyalizi merkezi 92, ve böbrek transplantasyon merkezi 32 tanedir (19).

Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2009 yılı Özet Raporuna göre; 2009 yılı sonu itibariyle 59.443 hastanın renal replasman tedavisi aldığı ve bu hastaların 46.650'sinin hemodiyaliz hastası olduğu belirtilmiştir (51).

2010'da 794 merkezden alınan Türk Nefroloji Derneği verilerine göre, Türkiye'de RRT gerektiren son dönem böbrek yetmezliği nokta prevalansı, çocuk hastalar dahil milyon nüfus başına 853'tür ve bir önceki yıla göre artış gözlenmiştir. 2010 yılında Türkiye'de RRT insidansı çocuk hastalar dahil, 264 olarak belirtilmiştir. Bu kayıtlara göre SDBY nedeni ile 41.296 hasta hemodiyaliz tedavisi uygulanmakta, 4.393 hastaya ise sürekli ayaktan periton diyaliz tedavisi uygulamaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre ise, HD'e giren hasta sayısı 49.505, periton diyalizi yapan hasta sayısı 5.519'dur (37).

Türk Nefroloji Derneği Böbrek Kayıt Sistemi verilerinde ülkemizde 2013 yılında renal replasman tedavisi gerektiren son dönem böbrek yetmezliği nokta prevalansı milyon nüfus başına 870 olduğu belirtilmiştir. 2013 yılında ise ülkemizde son dönem böbrek yetmezliğinin insidansının 138 olduğu saptanmıştır (38).

Türk Nefroloji Derneği 2015 verilerine bakıldığında 2015 yılı içinde ilk kez RRT'ye başlayan hastaların (çocuk hastalar dahil) uygulanan RRT tipine göre dağılımında genel insidans 147.3 mnb / ppm, genel prevalans 935.4 mnb / ppm, 2015 yılı sonu itibarıyla RRT (HD/PD/Tx) uygulanan merkez sayıları ise HD merkezi 849, PD merkezi 119, ve TX merkezi 75 tanedir (4).

#### **2.4.1. Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi**

Hemodiyaliz kanda biriken atık ve toksik maddelerin, yarı geçirgen bir zar aracılığıyla bir makine yardımı ile vücut dışında kandan uzaklaştırılıp, düzenlenerek hastaya geri verilmesi işlemidir ve ilerlemiş böbrek yetmezliğinde kullanılır. Renal yetmezliğin tedavisi olarak hemodiyaliz yönteminin bulunması 20. yüzyılın tıp alanındaki en önemli gelişmelerinden birisidir (71). Tüm dünyada son dönem böbrek yetmezliği tedavisinde en çok kullanılan tedavi şeklidir. İnsanda ilk kez hemodiyaliz uygulaması 1944-1946 yılları arasında Willem Koff tarafından uygulanmıştır. Hemodiyaliz ilk başta akut böbrek yetmezliği tedavisi için düşünülmüştür. 1960'da ise Brescia'nın internal arteriovenöz fistül (AVF) olarak adlandırılan giriş yolunu geliştirmesi ile birlikte kanama, pıhtılaşma ve enfeksiyon problemleri azalmıştır. Bu sayede aynı tarihten itibaren günümüze kadar KBY olan hastalarda hemodiyaliz uygulaması kullanılmaya başlanmıştır. AVF arter ile venin doğrudan birleştirilmesi anlamına gelir ve kola uygulanır. Diğer yollara göre uzun süreli ve güvenlidir, fakat kullanılabilir hale gelmesi için uzun zaman gerekebilir. Türkiye'de ilk defa hemodiyaliz 1962'de Ankara Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uygulanmıştır ve 1974'de sürekli hemodiyaliz programına geçilmiştir. Hemodiyaliz işlemi üç ana devreden oluşur. Bunlar; diyalizör (filtre), pompa yardımıyla kan diyalizat dolaşımını sağlayan sistem ve diyalizattır. HD tedavisinin süresi hastanın böbrek fonksiyonlarına, protein miktarına ve idrar miktarına göre ayarlanmakta ve genelde haftada 3 gün 4-6 saat süre ile uygulanmaktadır (1, 39, 40).

### **2.4.1.1. Hemodiyaliz Tedavisinin Avantajları**

Hemodiyaliz tedavisinin hastanın yaşamını kolaylaştıran yönleri;

- Haftada 2-3 kez uygulanması,
- Malnütrisyon görülme oranının düşük olması,
- Hastanede uzun süre yatma zorunluluğunun olmaması,
- Hastanın kendi tedavisinin sorumluluğunun bir bölümünü üzerinden atmış olması,
- Diyaliz merkezinde veya diyaliz servisinde diğer hastalar ile yeni arkadaşlıklar kurabilmesidir (19, 39).

### **2.4.1.2. Hemodiyaliz Tedavisinin Dezavantajları**

Hemodiyaliz tedavisinde hasta için süreci zorlaştırabilecek unsurlar;

- Hasta diyaliz merkezine bağımlı hale gelir,
- Hastanın diyetinde uyması gereken kısıtlamalar olur,
- Her uygulama için damara kateter ile giriş yapılması gerekir,
- Bir sonraki diyalize kadar hasta kendini yeniden kötü hissetmeye başlar,
- Diyalizden sonra hipotansiyon gelişir ve kan basıncını kontrol altında tutmak gerekir (33-44).

### **2.4.1.3. Hemodiyaliz Tedavisinin Komplikasyonları**

Kronik böbrek yetmezliği olan birçok hasta hemodiyaliz tedavisi almaktadır. HD güvenilir bir tedavi şekli olmakla birlikte; hipotansiyon, baş ağrısı, bulantı-kusma, kaşıntı, uykusuzluk, kramp gibi bir takım komplikasyonları da beraberinde getirmektedir. Büyüme ve gelişmede gerilik, aritmi, kalp tamponadı, kanama, havale, hemoliz, hava embolisi, diyalizerin yırtılması, kanın pıhtılaşması, sıvı-elektrolit metabolizması bozuklukları, hepatit, tüberküloz, periferik nöropati, metabolik kemik hastalığı ise oluşabilecek daha ciddi boyutlardaki komplikasyonlardır (29-41).

Diyaliz tedavisi alan hastalarda yukarıdaki komplikasyonlara ek olarak; yorgunluk, psikolojik sorunlar, sosyal ilişkilerde bozulma ve işini kaybetme gibi olumsuzluklar da yaşanabilir (29-41).

### **2.4.2. Periton Diyalizi**

Periton, karın içindeki organların dış yüzünü örten seröz bir zarıdır. Periton boşluğuna verilen dekstroz içeren bir solüsyonla vücuttaki toksik maddelerin solüsyona geçmesiyle gerçekleşen temizleme işlemine periton diyalizi denir. Sıvı elektrolit

dengeğini dzenlemek ve vucutta biriken toksinlerin atilmasini saglayarak hastanin genel durumunu duzeltmek amaci ile kullanilir.

Periton diyalizi ilk kez 1978’de Dr. Robert P. Popovich, tip doktoru olan Jack W. Moncrief ve Missouri Universitesinden Dr. Nolphun’un calismalari sonucu hemodiyalize alternatif bir yontem olarak bulunmus ve ilk defa ‘‘Srekli Ayaktan Periton Diyalizi’’ terimi kullanilmistir. Ulkemizde periton diyalizi 1980 yilinda kullanilmaya baslanmistir ve 1990’larda kullanimi artmistir. (29, 33, 35, 42, 43).

Hemodiyaliz atik maddelerin vucuttan uzaklastirilmasinda periton diyalizine gore daha etkindir. Fakat periton diyalizi, psikolojik acidan hemodiyalize tercih edilebilmektedir. Periton diyalizinde kan basincinin kontrol altında tutulmasi, diyetle kısıtlamaların daha az olması, uygulamasının daha basit olması ve hastalara günlük hayatlarını sürdürme fırsatı vermesi tercih edilmesinin diğere nedenlerindedir (29-41).

Periton diyalizinin alti cesit uygulama yontemi vardir. Bunlar:

- Sürekli ayaktan periton diyalizi,
- Aletli periton diyalizi,
- Aralikli periton diyalizi,
- Sürekli siklik periton diyalizi,
- Gece periton diyalizi ve tidal periton diyalizidir. Hastanin durumuna gore hangisinin uygulanacagina karar verilir (39).

#### **2.4.2.1. Periton Diyalizinin Avantajlari**

- Kolay uygulanabilir,
- Diyet kısıtlaması azdır,
- Hasta daha bagimsizdir,
- Hepatit bulaşma riskinin azdır,
- Aneminin görölme sikligi azdır,
- Tedaviyi hasta kendisi uygulayabilir
- Diyaliz merkezine bagimlilik gerekmez,
- Damar problemi olan hastalarda kolay uygulanir (33).

#### **2.4.2.2. Periton Diyalizi Dezavantajlari**

- Günlük uygulanması
- Malnütrisyon riski vardir,

- Yetersiz diyaliz riski vardır,
- Enfeksiyon riski hemodiyalize göre fazladır (44).

### **2.4.2.3. Periton Diyaliz Komplikasyonları**

Periton diyaliz tedavisi alan hastalarda oluşabilecek bazı komplikasyonlar mevcuttur. Bunlar;

- Herni
- Peritonit,
- Kanama, kaşıntı
- Sırt ve karın ağrısı,
- Tünel enfeksiyonu,
- Kateter çevresinde sızıntı,
- Kateter çıkış yeri enfeksiyonu (39, 43).

### **2.4.3. Böbrek Transplantasyonu**

Transplantasyon, canlı vericiden ve kadavradan alınan, greft olarak adlandırılan canlı hücre, doku veya organın başka kişiye nakledilmesidir. Böbrek nakli, en çok tercih edilen ve en başarılı tedavi yöntemidir. Böbrek naklinde, hemodiyaliz ile periton diyalizinin aksine transfer edilen böbrekle birlikte tüm böbrek işlevlerinin yerine konulması sağlanmış ve diyaliz tedavisinin getirdiği psikolojik ve fiziksel sorunlar ortadan kalkmış böylece yaşam kalitesi artmış olur. Böbrek transplantasyonunun en önemli yararı diyalize bağımlılığı ortadan kaldırması ve günlük yaşamı yaşanabilir kılmıştır. Fakat nakil gerçekleşen bir kısım hastada yeni duruma uyum sağlamada güçlükler meydana gelebilmektedir (45-46).

Dünyada ilk böbrek nakli 23 Aralık 1954’de, tek yumurta ikizleri arasında Boston’da Peter Bent Brigham Hospital da J.E. Murray ve birlikte çalıştığı kişiler tarafından, ülkemizde ise 1975 yılında Mehmet Haberal tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde anneden alınan böbrek çocuğa verilmiş ve ilk nakil gerçekleştirilmiştir. Türkiye’de organ ve doku transplantasyonu 29 Mayıs 1979’da “2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkındaki Kanun” çerçevesinde düzenlenmiştir. 2001 yılında ise böbrek nakli yapan merkezlerin açılması, çalışması ve denetlenmesi ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır (47). Türk Nefroloji Derneğinin verilerine göre bugüne kadar Türkiye’de 4000’e yakın böbrek nakli

yapılmıştır. Ülkemizde organ bağışının yetersiz olması nedeniyle birçok hasta hayatını kaybetmektedir. 1998’de 382 böbrek nakli yapılmış ve bu nakillerin sadece üçte biri kadavradan alınabilmiştir. Ülkemizde kadavradan organ nakli yetersizdir. 2009 yılı verilerine göre kadavra donör oranı %21,1’dir ve ilk kez kadavradan böbrek nakli, 1978 yılında, Eurotransplant Kuruluşu tarafından temin edilerek, Almanya’dan gönderilen böbrek ile yapılmıştır. 2009 yılında yapılan böbrek nakillerinin %64,5’i hastaların akrabalarından alınarak yapılmıştır. Ülkemiz’ de organ transplantasyonunun artırılması gerekmekte ve bunun için öncelikle kadavradan organ naklinin artması önem taşımaktadır. Bunu başarmak için ise toplumların eğitilmesi, yasal düzenlemeler yapılması ve insanların maddi olarak teşvik edilmesi gerekmektedir (38, 45, 47, 48, 49).

#### **2.4.3.1. Renal Transplantasyon Komplikasyonları**

Böbrek nakli yapılan hastalarda görülebilecek bazı komplikasyonlar mevcuttur. Bunlar;

- Rejeksiyon,
- Periferik koleksiyon,
- Akut tübüler nekroz,
- Obstrüksiyon,
- Rüptür,
- Üriner kaçak,
- Renal arter stenozu,
- Renal ven trombozu,
- Enfeksiyon,
- Hipertansiyon (68).

#### **2.5. Hemodiyaliz Hastalarında Psikolojik Sorunlar**

Kronik böbrek yetmezliği hem dünyada hem de ülkemizde sık görülen bir sağlık sorunudur. Aynı zamanda KBY hastalığa ve tedavinin olumsuz etkilerine uyum sağlamayı gerektiren bir hastalıktır. KBY kişilerin günlük yaşamını etkilemekte ve hastayı bağımlı hale getirmektedir. Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2009 yılı Özet Raporu’na göre 2009 yılı sonu itibariyle toplam 59.443 hastanın RRT aldığı ve bu hastaların toplam 46650’sinin hemodiyaliz hastası olduğu ve bu sayının her geçen gün artış gösterdiği belirtilmiştir (51). Türk Nefroloji Derneği 2015 Kayıt Sistemi Raporu’na bakıldığında ise hemodiyaliz tedavisi gören hasta sayısının 56.951 olduğunu

görülmektedir (4). Literatüre bakıldığında yaşanan fiziksel ve psikososyal olumsuzluklar nedeniyle diyalize giren hastalarda ruhsal bozuklukların geliştiği ve kronik hastalığı olan ve diyaliz tedavisine başlayan hastaların, sağlıklı bireylere oranla daha fazla fiziksel ve psikolojik sorunla karşı karşıya kaldığı görülmüştür. Organ yetmezliğinin nöro-psikiyatrik etkilerini ortaya çıkarabilmek için en fazla KBY hastaları ile çalışmalar yapıldığı, toksik yıkım ürünleri, anemi, hipertansiyon, ve kalp-damar sorunları, diyaliz hastalarında üremenin neden olduğu merkezi sinir sistemi işlev bozukluğunu, daha da arttırdığı ve bununla birlikte başta anksiyete ve depresyon olmak üzere ruhsal bozukluk görülme oranında da artış görüldüğü belirtilmiştir (55-69). Kimmel ve arkadaşlarının (1998) yaptığı araştırmada son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle diyaliz programında olan hastalarda, ruhsal bozukluk oranlarının yükseldiği ve bu durumun uzun süre hastane yatışlarına neden olduğu belirtilmiştir (50).

Kronik böbrek yetmezliği ve diyaliz tedavisi ile birlikte oluşan; tedavi merkezine bağımlılık, diyet, ilaç kullanımı, pek çok fiziksel kısıtlama, gelecek ile ilgili belirsizlik, rol değişikliği, sosyal yaşamın kısıtlanması, umutsuzluk, üzüntü, öz güvende azalma, içe kapanma, ölüm korkusu gibi faktörler nedeniyle hastalar da çeşitli ruhsal bozukluklar meydana gelmektedir (51). Bunların dışında hastalarda, çökkün duygu durumu, suçluluk duyma, yaşamdan zevk alamama, konsantrasyon bozuklukları, cinsel yaşamda bozukluk, anksiyete, kişilik bozuklukları gibi daha ciddi sorunlar görülmekte ve depresyon olarak adlandırılmaktadır (46). Literatür incelendiğinde KBY nedeni ile diyaliz tedavisi uygulanan hastalarda sağlıklı kişilere göre anksiyete ve depresyonun daha sık olduğu saptanmış ve hemodiyaliz hastalarıyla yapılan bir çalışmada sık görülen psikiyatrik hastalıkların içerisinde en sık depresyon olmak üzere demans ve deliryum görüldüğü belirtilmiştir (53). Yetişkin (2008), hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada kronik böbrek yetmezliği olan grupta, kontrol grubuna göre yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon riski olduğunu belirtmiştir (46). Ülkemizde, 37'si hemodiyaliz ve 27'si sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan 64 hasta anksiyete yönünden karşılaştırılmış ve iki grubunda sağlıklı olan bireylere göre anksiyete düzeyinin fazla olduğu, hemodiyaliz tedavisi uygulanan 124 hastada yapılan başka bir çalışmada ise hastaların, % 17.7' sinde hafif depresyon, % 6.5'inde ise majör depresyon olduğu saptanmıştır (3). Avrupa'da 253 merkezde hemodiyalize giren 5256 hasta ile yapılan çok merkezli bir araştırmada son bir yıla ait kayıtlara göre % 20 oranında depresyon saptanmış ve kadınlarda, gençlerde, beyaz ırkta yüksek seviyede olduğu, evli, çalışan ve



okuyan hastalarda ise oranın düştüğü görülmüştür (50). Depresyon görülme oranını araştıran çalışmalarda, sonuçlar %0 ile %100 arasında değişmektedir. Yaygınlık oranlarının değişiklik göstermesinin sebebinin kullanılan değerlendirme ölçekleri ve tanı ölçütlerinin farklılığı olduğu düşünülmektedir (52). Ruhsal bozuklukların, hastaların, hastalığı nasıl algıladıklarıyla da ilişkisi bulunmaktadır. Hastalığın negatif algılanması depresyonun daha yoğun yaşanmasına sebebiyet vermektedir. Depresyonun şiddeti ile fiziksel durumun kötüye gitmesi arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Psikolojik desteği az olan hastalar risk altındadır (54). Karabulutlu ve Okanlı'nın (2011), yaptığı araştırmada hemodiyaliz hastalarının en çok güçsüzlük ve yorgunluk belirtileri gösterdikleri ve bu belirtileri hastalıkla ilişkilendirdikleri belirtilmektedir (51).

### **2.5.1. Anksiyete**

Anksiyete kelimesi, darlık ve sıkışma anlamına gelir ve beklenmeyen ve bireyi tehdit eden durumlar karşısında bireyin verdiği duygusal, fizyolojik, bilişsel ve davranışsal tepkilerdir. Anksiyete birçok psikolojik bozukluğun temelini oluşturur. İnsanlar günlük hayatlarında kısa süreli olarak sık sık anksiyete duygusunu yaşarlar. Fakat anksiyete duygusunun uzun süreli yaşanması anksiyete bozukluğu olarak tanımlanır. Hemodiyaliz hastalarının makineye bağımlı olmaları, günlük yaşamındaki bozulmalar, gelecek ile ilgili belirsizlik, cinsel işlev bozukluğu, beden imajlarındaki bozulmalar hastalarda anksiyeteye sebep olmaktadır (3-56).

### **2.5.2. Depresyon**

Depresyon kelimesi bastırmak, çekmek, bitkin, kederli, cesaretini kırmak ve durgunlaştırmak anlamına gelen, latince kökenli bir kelimedir. Depresyon insanların neşesizlik, mutsuzluk, yalnızlık, güvensizlik, değersiz hissetme duygusu, yaşama karşı ilgisizlik, sosyal yaşamda bozulma, iştah ve uyku düzensizlikleri, cinsel istekte azalma, ölüm ve intihar düşünceleri yaşadığı bir ruhsal bozukluktur. Depresyon psikiyatrik bozukluklar içerisinde en sık görülenlerden bir tanesidir. Herhangi bir tıbbi durum nedeniyle hastaneye yatırılan bireylerin %14'ünden fazlasında depresyon olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda yaşanan süre boyunca depresyon geçirme olasılığı; erkeklerde %8-12, kadınlarda ise %20-26 olarak bulunmuştur (54-56).

### **2.5.3. Cinsel İşlev Bozukluğu**

Hemodiyaliz hastalarında, her iki cinste de, yaygın olarak görülen bir sorundur. Psikolojik nedenlerle ortaya çıkabildiği gibi üremiye bağlı testesteron hormonunun azalması ya da kullanılan ilaçlar, fiziksel durum, aile içi sosyal rollerdeki değişimler, psiko-sosyal faktörler ve depresyon gibi faktörler de cinsel işlevlerin bozulmasında etkilidir (3). 2005'te Soykan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; SDBY olan hastaların %50'ye yakınında cinsel işlev bozukluklarının bulunduğu; kadınlarda uyarılma ve orgazm, erkeklerde ise ereksiyon bozukluklarının daha çok görüldüğü, depresyon oranlarının yükseldiği, diyaliz tedavi süresinin ise cinsel işlevi etkilemediği belirtilmiştir (50).

### **2.5.4. Uyku Düzensizliği**

Toplumda uyku sorunları oldukça sık görülmektedir. Uykusuzluk ve aşırı uyuma olarak ele alınabilir. Uykusuzluk kadınlarda ve yaşlılarda daha sık görülerek, insanları %20-40 oranında etkilerken aşırı uyuma %5 ve %12 arasında etki göstermektedir. Uyku apnesi ise tüm yetişkin insanların %25'inde görülmektedir. Uyku bozuklukları kronik böbrek yetmezliği hastalarının sıklıkla tariflediği bir sorundur. Hemodiyaliz hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda, hastaların % 79-% 83.3' ünün uyku sorunu yaşadığı belirtilmiştir (42). Yapılan çalışmalarda; subjektif uyku sorunları prevalansının SDBY hastalarında % 50-80 oranında olduğu belirtilmiştir. Diyaliz tedavisine başlayan hastalarda günlük hayattaki kısıtlamalar, diyet kısıtlamaları, yorgunluk, ağrı gibi faktörler kronik olarak uyku bozukluğuna sebep olabilmektedir. Bu da hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir. Araştırmalarda uyku problemlerinin çözülmesinin hastanın yaşam kalitesini artıracığı belirtilmiştir (42).

### **2.5.5. Duygulanım Bozukluğu**

Duygulanım, kişinin gelişen olaylara, uyaranlara ve düşüncelere; sevinç, öfke, nefret, üzüntü, gibi duygusal tepkiler verebilmesidir. Korku, nefret, üzüntü, kin, öfke doğal duygulardır fakat uzun süreli ve aşırı bir şekilde yaşanmaya başlandığında duygulanım bozukluğu olarak kabul edilir. Yapılan araştırmalar duygulanım bozukluklarının diyaliz hastalarında sıklıkla görüldüğünü belirtmektedir (46).

## **2.6. Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Sosyal Destek (Aile, Arkadaş, Akraba)**

Dünya’da kronik hastalığa sahip olan nüfus gittikçe artmakta ve önemli bir sağlık sorununu oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar uzun süreli kontrol ve bakım gerektiren, günlük aktivitelerde kısıtlamaya sebep olan, hastanın ve ailesinin yanı sıra, ülke açısından da sosyal ve ekonomik birçok soruna yol açabilen hastalıklardır. Önceleri tek önemli nokta hastalığı tedavi etmekken günümüzde gelişen tedavi yöntemleri sayesinde yaşam süreleri uzamış ve psikososyal konular ön plana çıkmıştır (1-57).

Diyaliz hastaları psikolojik yönden diğer kronik hastalardan farklıdır. Diyaliz tedavisi gören hastalar kronik hastalık grubuna girer fakat kendilerine özgü özellikleri vardır. KBY hastaya birçok kayıp yaşatmaktadır.

**1) Fiziksel işlev kaybı:** Diyaliz tedavisi böbrek işlevi yapmakta fakat böbreğin tüm işlevlerini yerine getirememekte ve hastada bulantı, halsizlik, kaşıntı hipotansiyona sebep olmaktadır. Bu durumda hasta, sağlığını ve bağımsızlığını kaybettiğini ve geri kazanamayacağını düşünmektedir (6).

**2) Ekonomik kayıp:** Ailede bir bireyin diyaliz tedavisi almaya başlamasıyla birlikte aile ekonomik olarak sıkıntı çekmektedir. Hastalar genelde iş gücünü kaybetmekte ve aynı zamanda tedavi masrafları başlamaktadır. Bunun yanı sıra diyaliz merkezlerine daha rahat ulaşabilecekleri büyük şehirlerde yaşamak da zorluklara sebep olmaktadır (6).

**3) Aile Düzeni Bozulması:** Yapılan araştırmalarda hastalığın ilk öğrenildiği sıralar hasta yakınlarının hastaya ilgi gösterdiği, ilerleyen dönemlerde ise ilgilerini kaybettikleri, hastaların ise farkında olmadan aile bireylerinin söz ve davranışlarına karşı normalden daha fazla duyarlılık geliştirdiği belirlenmiştir. Hastaların eşlerinin olumsuz duygular geliştirmesinin sebeplerinden biri ise hastadaki cinsel işlev kaybı olarak saptanmıştır (6).

Yaşanan tüm bu kayıplar hastanın uyum bozuklukları yaşamasına neden olmakta ve hastayı bağımlılık-bağımsızlık çatışması, yaşam-ölüm çatışması, intihar eğilimi, beden imgesi bozuklukları ve tükenmişlik sendromu gibi sorunlarla karşı karşıya bırakmaktadır (6).

Kronik böbrek yetmezliği olan ve hemodiyaliz tedavisi alan hastalar hastalığın getirdiği ağır fiziksel ve psikososyal sorunlar nedeniyle yukarıdaki sebeplere ek olarak bir çok açıdan kayba uğramakta, günlük yaşantıları kısıtlanmakta, uyku problemleri, konsantrasyon bozuklukları, anksiyete, cinsel işlev kaybı, duygulanım bozuklukları ve depresyon gibi ruhsal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Kronik hastalıklara paralel olarak yaşanan bu sorunlar, hem hasta, hem de hastanın ailesi için bir takım sıkıntılara neden olabilmektedir. Hasta ve ailesi karşılaştıkları sosyal ve psikolojik zorluklar ile baş etmeye çalışarak hastalık ile yaşamayı öğrenmektedir. Hastalar hastalığın getirdiği kayıplardan olan, kişisel hijyen, kişilerarası iletişim, diyet, uyku, çalışma gibi günlük yaşam aktivitelerinin karşılanmasında bireyin bağımlılığı artmakta, dolayısıyla günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede başkalarının yardımına ihtiyaç duymaktadır bu da hastanın ruhsal durumunu etkilemekte, hastayı ailesine ve çevresine karşı daha öfkeli ve alıngan hale getirmektedir (1). KBY hastaları sürekli bir stres içinde olup, sosyal destek kapsamında ailelerinin arkadaşlarının ve akrabalarının desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Hastalık sürecinde, stres verici bir durumda, kişiye yakınları tarafından sağlanan maddi veya manevi yardım sosyal destek olarak tanımlanır. Hastanın aile bireylerinin hastalık süreci ve hemodiyalizle tedavi sürecinde hastaya karşı tutumları hastanın vereceği tepkinin olumlu ya da olumsuz olmasına sebep olabilmekte ve baş etmede önemli rol oynamaktadır. Günlük hayatta yaşanan olumsuzluklar ve sosyal desteğin yetersiz olması hastanın ümitsizliğe kapılmasına yol açmaktadır. Hastanın geleceğe yönelik ümit içerisinde olması ve kendisini güvende hissetmesi hastalıkla baş etmesine yardım eden en önemli unsurlardandır. Bir hastanın hastalığına karşı göstereceği reaksiyon onun hastalık öncesi kişiliği, yakınlarının desteği ve alta yatan hastalığın seyrine bağlıdır. Herhangi bir nedenden dolayı stresle karşılaşan kişi profesyonel alanlardan önce eş, anne-baba, arkadaş ve akrabalarına başvurmaktadır. Aileden ve yakın çevreden görülen sosyal destek ruhsal sağlıkla doğrudan ilişki içerisinde bulunduğu hastaların yaşadığı stresi azaltmaktadır. Algılanan aile desteğinin erkekteki ve kadındaki oranı farklılık gösterebilmektedir. Algı; bireyin bilgileri, duyuları ve olayları anlamlı bir hale dönüştürmek amacı ile yorumlaması ve düzenlemesidir. Aynı zamanda hastalık veya yeti yitiminin kişi tarafından nasıl anlaşıldığı anlamını da taşır (1, 6, 58). Akyıl Ş, Akova T, Yeşil Duymuş Z, Kürklü D, Karabulutlu Yılmaz E (2008), yaptıkları bir araştırmada; erkeklerin kadınlara oranla aileden daha yüksek sosyal destek algıladıkları, sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duydukları, ayrıca kadınların problem çözme düzeylerinin erkeklere oranla

daha yüksek olduğu, sosyal destek algısının yaş ile ilişkisi bulunduğu ve yaş ilerledikçe görülen sosyal destekte artış olduğu saptanmıştır (58).

Aile bireylerinden birinin KBY teşhisi koyulup diyaliz tedavisi almaya başlamasıyla yaşadığı fiziksel ve ruhsal sorunlar, ailelerini de sosyal, psikolojik ve ekonomik açıdan etkileyebilmektedir. Hasta ile birlikte aile üyelerinin de sosyal yaşamları bozulmakta ve günlük yaşamları hastaya göre ayarlanmaktadır. Bağımsızlıklarını kaybeden hastaların aile üyelerine daha fazla görev düşmektedir. Oysa aile üyelerinin kendilerinin de sağlık ve sosyal açıdan desteğe ihtiyaçları olabilmektedir. Aile kendi içinde dengesi olan bir sistemdir. Aile içinden bir bireyde ciddi bir rahatsızlık geliştiğinde denge bozulup, aile bireylerinin rolleri sorumlulukları hastalık sürecinden etkilenir. Yaşanan bu durum hastayı psikolojik yönden olumsuz bir şekilde etkiler (1-57). Arat Z (2006), “HD Tedavisi Alan Hasta Ve Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu ve Hasta Yakınlarının Yaşam Kaliteleri” adlı çalışmasında, hastanın yaşadığı sorunların hem hastayı hem de hasta yakınlarını olumsuz olarak etkilediğini, hasta yakınının davranışlarının ise hastayı olumsuz etkilediğini belirtmiştir (6). Japonya’ da Shimoyama ve arkadaşları tarafından 2003’te yapılan bir araştırmada ise hastalara bakım veren primer bakım vericilerin yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır (1). Birçok kronik hastalıkta olduğu gibi KBY olup hemodiyaliz tedavisi alan hastaların ailelerine de bir takım görevler düşmektedir. Hastalar yatağa bağımlı olmasalar bile bakıma ihtiyaçları vardır ve ailenin hastanın ihtiyaçlarını karşılamasında hastaya yardım etmesi, bakım vermesi anlamına gelir. Buda beraberinde bakım veren yükünü getirir. Bakım veren yükü; başkasının bakımına gereksinim duyan, hastaya bakım veren kişinin yaşadığı, fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunlardır. Yapılan araştırmalarda, genellikle bakım verenin sağlık durumu, ekonomik durumu, sosyal destek durumu, baş etme yetenekleri, inançları, bilgi düzeyleri, ruhsal sorunlar yaşayan hastaya karşı tepkileri ve psikolojisi incelenmiştir. Zaman içinde hastalığın seyrinde olan değişmelerle birlikte aileye yeni bakım görevleri düşmekte ve sorumlulukları artmakta ve aile değişen bu duruma göre tekrar yaşantılarını şekillendirmek zorunda kalmaktadır. KBY sadece hastanın değil ailenin de hastalığıdır. Ailenin maddi ve manevi açıdan yaşam kalitesinin düşmesi, bakım yükünden dolayı psikolojilerin bozulması, hem fiziki hem ruhsal açıdan iyi olmayan hastayı doğrudan etkilemekte ve dolaylı olarak hastalığın seyrine olumsuz olarak yansımaktadır (56-57).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma KKTC’de kronik böbrek yetmezliğinde diyaliz tedavisi alan hastaların algılanan aile desteğinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, meslekte çalışma süresi, gelir düzeyi, çocuk sayısı ve aile ilişkilerine yönelik sorular bağımlı değişkeni ise algılanan aile desteği ölçөгüdür.

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Hipotezi

##### Hipotez 1

**H<sub>0</sub>:** HD hastalarının yalnız yaşamları algılanan aile desteğini etkilemez.

**H<sub>1</sub>:** HD hastalarının yalnız yaşamları algılanan aile desteğini etkiler.

##### Hipotez 2

**H<sub>0</sub>:** HD hastalarının eğitim düzeyi algılanan aile desteğini etkilemez.

**H<sub>1</sub>:** HD hastalarının eğitim düzeyi arttıkça algılanan aile desteği düzeyi artar.

##### Hipotez 3

**H<sub>0</sub>:** HD hastalarının gelir düzeyi algılanan aile desteğini etkilemez.

**H<sub>1</sub>:** HD hastalarının gelir düzeyi arttıkça algılanan aile desteği düzeyi artar.

##### Hipotez 4

**H<sub>0</sub>:** HD hastalarının ailelerinin destek olduğunu hissetmeleri algılanan aile desteği düzeyini etkilemez.

**H<sub>1</sub>:** HD hastalarının ailelerinin destek olduğunu hissetmeleri algılanan aile desteği düzeyini etkiler.

### **Hipotez 5**

**H<sub>0</sub>:** HD hastalarının aile, arkadaş ve akrabalarından destek görmesi hastalığın seyrini etkilemez.

**H<sub>1</sub>:** HD hastalarının aile, arkadaş ve akrabalarından destek görmesi hastalığın seyrini olumlu yönde etkiler.

### **Hipotez 6**

**H<sub>0</sub>:** HD hastalarının sorunlarını ailesiyle paylaşabilmesi algılanan aile desteği düzeyini etkilemez.

**H<sub>1</sub>:** HD hastalarının sorunlarını ailesiyle paylaşabilmesi algılanan aile desteği düzeyini etkiler.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Ocak 2015-Mayıs 2015 tarihleri arasında KKTC bulunan Sağlık Bakanlığına bağlı, Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu, Girne Dr. Akçiçek ve Gazimağusa Devlet Hastanelerinin diyaliz ünitelerinde tedavi gören 169 hasta, örnekleme ise evrenin tamamı oluşturmaktadır.

### **3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Bu araştırma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) bulunan ve Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastanelerinde 1 Ocak-31 Mayıs 2015 tarihleri arasında 2.basamak tedavi hizmeti veren 379 yatak kapasiteli Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu, 48 yatak kapasiteli Girne Dr. Akçiçek ve 186 yatak kapasiteli Gazimağusa Devlet Hastanelerinde yapılmıştır.

### **3.5. Araştırmanın sınırlılıkları (kısıtlılıkları)**

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Sağlık Bakanlığına bağlı yukarıda belirtilen devlet hastanelerinde tedavi gören diyaliz hastaları ile sınırlıdır.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Veriler toplanırken araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik özelliklere ve aile ilişkilerine yönelik sorular içeren anket formu (Ek-1), ve algılanan aile desteği ölçeği (Ek-2) kullanılmıştır. Sosyo-demografik özelliklere ve aile ilişkilerine yönelik sorular içeren anket formu 17 sorudan oluşmaktadır. Sorular literatürden yararlanılarak hazırlanmış olup; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslekte çalışılan süre, gelir düzeyi, kiminle yaşadığı, çocuk sayısı, hastalığın aile ilişkilerini etkileme, ailenin destek olduğunu hissetme durumu, aile ve akraba desteğinin hastalığa etkisi, aile dışında destek alınan kişi, aile bireyleri ile iletişim kurarken zorlanması, yaşadığı sorunları ailesiyle paylaşma durumu vb. soruları içermektedir.

Procidano ME ve Heller K tarafından geliştirilen (1983), Sorias (1992) tarafından Türkçe'ye uyarlanan, Prof. Dr. Mehmet Eskin (1993) tarafından güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılan, 20 maddelik "Algılanan Aile Desteği Ölçeği" (Ek-2), Türk Toplumunu için geçerli ve güvenilir olup "evet, hayır, kısmen" şeklinde yanıtlanan 20 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte 3, 4, 16, 19 ve 20. sorulara "hayır (2)", "evet (0)",



“kısmen (1)” olarak ağırlık puan verilirken, diğer tüm sorular “hayır (0)”, “evet (2)”, “kısmen (1)” olarak puanlanmıştır. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puan 0-40 arasında değişmektedir. Puanın artması aile desteğinin iyi olduğunu göstermektedir (70).

### **3.6.1. Veri Toplama Formlarının Uygulanması**

Veriler toplanmadan önce araştırmanın nasıl uygulanacağı ve amacı hastalara açıklanmış ve onam formu (Ek-3) imzalatılmıştır. Anket formunda ve algılanan aile desteği ölçeğinde yer alan sorular araştırmacı tarafından hastalara okunmuş, hastaların verdiği yanıtlar yine araştırmacı tarafından veri formlarına işaretlenmiştir. Araştırmacı veri toplamak için KKTC’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı üç devlet hastanesine hastaların tedavi saatlerinde, dönüşümlü olarak her gün sabah ve öğleden sonra olmak üzere iki seansta gitmiş bir hasta için verilerin toplanması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

### **3.6.2. Araştırma Verilerinin Analizi**

Araştırmada elde edilen bulgular SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Man Whitney-U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis-H testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis-H testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak Man Whitney-U testi kullanılmıştır.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın uygulanabilmesi için Okan Üniversitesi Etik Kurulu’ndan 25.12.2015 tarihinde onaylanan 73 sayılı onay belgesi (Ek-4) ve KKTC Sağlık Bakanlığı’ndan 20.01.2016 tarihli 309 sayılı yazılı izin belgesi alınmıştır (Ek-5). Hastalara anket formu uygulanmadan önce araştırmanın amacı ile ilgili açıklama yapılarak isimlerin açıklanmayacağı belirtilmiş yazılı onayları alınmıştır.

#### 4. BULGULAR

KKTC Devlet Hastanelerinde 169 diyaliz hastasının algılanan aile desteğini değerlendirmek amacı ile yapılan bu araştırmada hastaların sosyo demografik özelliklerine ve aile ilişkilerine yönelik soruların dağılımı Tablo 1 de gösterildi.

**Tablo 1: Hastaların sosyo demografik özellikleri ve aile ilişkilerine yönelik soruların dağılımı**

	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş	50 Yaş Ve Altı	15	8,9
	51-60 Yaş	30	17,8
	61-70 Yaş	51	30,2
	71-80 Yaş	46	27,2
	80 Yaş üstü	27	16,0
	Toplam	169	100,0
Cinsiyet	Erkek	103	60,9
	Kadın	66	39,1
	Toplam	169	100,0
Medeni Durum	Evli	154	91,1
	Bekar	15	8,9
	Toplam	169	100,0
Evde Kimlerle Yaşadığı	Yalnız	71	42,0
	Eşiyle	89	52,7
	Eş Ve Çocuklar	6	3,6
	Anne Baba	3	1,8
	Toplam	169	100,0

Kruskal Wallis H-Testi ve Mann Whitney U Testi

<b>Tablo 1 Devamı</b> Eğitim Düzeyi	İlköğretim	113	66,9
	Lise	44	26,0
	Yüksek Okul Veya üniversite	12	7,1
	<b>Toplam</b>	<b>169</b>	<b>100,0</b>
Çocuk Sayısı	Yok	15	8,9
	1	26	15,4
	2	71	42,0
	3	57	33,7
	<b>Toplam</b>	<b>169</b>	<b>100,0</b>
Yaşanılan Yer	Köy	128	75,7
	Kasaba	2	1,2
	Şehir	39	23,1
	<b>Toplam</b>	<b>169</b>	<b>100,0</b>
Gelir Düzeyi	500 TL Altı	80	47,3
	500 TL-1000 TL	73	43,2
	1001-1500 TL	16	9,5
	<b>Toplam</b>	<b>169</b>	<b>100,0</b>
Çalışma Durumu	Evet	6	3,6
	Hayır	163	96,4
	<b>Toplam</b>	<b>169</b>	<b>100,0</b>
Meslekte Çalışılan Süre	1 Yıldan Az	25	14,8
	2-5 Yıl	10	5,9
	6-9 Yıl	4	2,4
Kruskal Wallis H-Testi ve Mann Whitney U Testi			

**Tablo 1 Devamı**

	10 Yıl Ve üzeri	130	76,9
	Toplam	169	100,0
Hastalığının Aile İlişkilerini Etkileme Durumu	Evet	96	56,8
	Hayır	73	43,2
	Toplam	169	100,0
Ailenin Destek Olduğunu Hissetme Durumu	Evet	76	45,0
	Hayır	93	55,0
	Toplam	169	100,0
Aile Ve Akraba Desteğinin Hastalığa Olumlu Etkisi	Evet	80	47,3
	Hayır	89	52,7
	Toplam	169	100,0
Aile Dışında Destek Alınan Kişi Durumu	Evet	40	23,7
	Hayır	129	76,3
	Toplam	169	100,0
Aile Dışında Destek Alınan Kişiler	Arkadaş	36	90,0
	Akraba	6	15,0
Aile Bireyleriyle İletişim Kurarken Zorlanma Durumu	Evet	11	6,5
	Hayır	158	93,5
	Toplam	169	100,0
Yaşadığı Sorunları Ailesiyle Paylaşma Durumu	Evet	118	69,8
	Hayır	51	30,2
	Toplam	169	100,0

Kruskal Wallis H-Testi ve Mann Whitney U testi

Hastaların 15'i (%8,9) 50 yaş ve altı, 30'u (%17,8) 51-60, 51'i (%30,2) 61-70, 46'sı (%27,2) 71-80, 27'si (%16,0) ise 80 yaş üstü, 103'ü (%60,9) erkek, 66'sı (%39,1) kadın, 154'ü (%91,1) evli, 15'i (%8,9) bekar, 71'i (%42,0) yalnız, 89'u (%52,7) eşiyile, 6'sı (%3,6) eş ve çocukları ile, 3'ü (%1,8) anne baba ile yaşamaktadır,

Eğitim düzeyleri 113'ü (%66,9) ilköğretim, 44'ü (%26,0) lise, 12'si (%7,1) yüksek okul veya üniversite mezunudur, 15'inin (%8,9) çocuğu yoktur, 26'sının (%15,4) 1, 71'inin (%42,0) 2, 57'sinin ise (%33,7) 3 çocuğu bulunmaktadır. 128'i (%75,7) köy, 2'si (%1,2) kasaba, 39'u (%23,1) şehirde yaşamaktadır.

Gelir düzeyleri 80'i (%47,3) 500 TL altı, 73'ü (%43,2) 500-1000 TL, 16'sı (%9,5) 1001-1500 TL'dir, 6'sı (%3,6) çalışmakta, 163'ü (%96,4) ise çalışmamaktadır.

Meslekte çalışılan süre 25'i (%14,8) bir yıldan az, 10'u (%5,9) 2-5 yıl, 4'ü (%2,4) 6-9 yıl, 130'u (%76,9) 10 yıl ve üzeridir,

Hastalığın aile ilişkilerini etkileme durumuna göre dağılımlarında 96'sı (%56,8) evet, 73'ü (%43,2) hayır, ailenin destek olduğunu hissetme durumuna göre 76'sı (%45,0) evet, 93'ü (%55,0) hayır, aile ve akraba desteğinin hastalığa olumlu etkisine göre 80'i (%47,3) evet, 89'u (%52,7) hayır, hastalar algıladıkları aile dışında destek alınan kişi durumuna göre 40'ı (%23,7) evet, 129'u (%76,3) hayır, hastaların aile bireyleriyle iletişim kurarken zorlanma durumuna göre 11'i (%6,5) evet, 158'i (%93,5) ise hayır, yaşadığı sorunları ailesiyle paylaşma durumuna göre 118'i (%69,8) evet, 51'i (%30,2) hayır olarak yanıtladıkları tespit edilmiştir (Tablo 1).

**Tablo 2: Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin yaşa göre ortalamaları**

	<b>Grup</b>	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>KW</b>	<b>P</b>
Algılanan Aile Desteği	50 Yaş Ve Altı	15	23,467	3,270	7,176	0,127
	51-60 Yaş	30	24,400	5,673		
	61-70 Yaş	51	22,000	3,305		
	71-80 Yaş	46	23,717	5,132		
	80 Yaş üstü	27	24,444	5,064		

Kruskal Wallis H-Testi

Araştırmaya katılan hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 3: Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin cinsiyete göre ortalamaları**

	<b>Grup</b>	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>MW</b>	<b>P</b>
Algılanan Aile Desteği	Erkek	103	23,631	5,045	3 193,500	0,506
	Kadın	66	23,076	3,994		

Mann Whitney-U testi

Hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4: Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin medeni duruma göre ortalamaları**

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
Algılanan Aile Desteği	Evli	154	23,351	4,733	989,500	0,358
	Bekar	15	24,067	3,882		

Mann Whitney-U testi

Hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 5: Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin evde kimlerle yaşadığına göre ortalamaları**

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
Algılanan Aile Desteği	Yalnız	71	22,690	3,905	3,654	0,301
	Eşiyle	89	23,899	5,300		
	Eş Ve Çocuklar	6	24,500	1,225		
	Anne Baba	3	24,000	4,000		

Kruskal Wallis H-Testi

Araştırmaya katılan hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının evde kimlerle yaşadığı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

H0 hipotezi kabul edilmiş, H1 hipotezi reddedilmiştir.

**Tablo 6: Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyi eğitim düzeyine göre ortalamaları**

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P	Fark
Algılanan Aile Desteği	İlköğretim	113	22,575	4,332	20,911	0,000	2 > 1
	Lise	44	24,091	4,609			3 > 1
	Yüksek Okul Veya üniversite	12	28,833	4,019			3 > 2

Kruskal Wallis H-Testi ve Mann Whitney U testi

Hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW= 20,911; p= 0,000<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; eğitim düzeyi lise olanların algılanan aile desteği puanları (24,091 ± 4,609), eğitim düzeyi ilköğretim olanların algılanan aile desteği puanlarından (22,575 ± 4,332) yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek okul veya üniversite olanların algılanan aile desteği puanları (28,833 ± 4,019), eğitim düzeyi ilköğretim olanların algılanan aile desteği puanlarından (22,575 ± 4,332) yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek okul veya üniversite olanların algılanan aile desteği puanları (28,833 ± 4,019), eğitim düzeyi lise olanların algılanan aile desteği puanlarından (24,091 ± 4,609) yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

H<sub>0</sub> hipotezi reddedilmiş, H<sub>1</sub> hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 7: Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin çocuk sayısına göre ortalamaları**

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
Algılanan Aile Desteği	Yok	15	23,400	3,869	0,458	0,928
	1	26	23,077	4,261		
	2	71	23,578	4,889		
	3	57	23,368	4,824		

Kruskal Wallis H-Testi

Algılanan aile desteği puanları ortalamaları çocuk sayısı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).



**Tablo 8: Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin yaşanılan yer göre ortalamaları**

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
Algılanan Aile Desteği	Köy	128	23,070	4,322	0,737	0,692
	Kasaba	2	23,000	1,414		
	Şehir	39	24,564	5,628		

Kruskal Wallis H-Testi

Araştırmaya katılan hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının yaşanılan yer değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 9: Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin gelir düzeyine göre ortalamaları**

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P	Fark
Algılanan Aile Desteği	500 TL Altı	80	22,988	4,905	7,343	<b>0,025</b>	<b>3 &gt; 1</b> <b>3 &gt; 2</b>
	500 -1000 TL	73	23,206	4,106			
	1001-1500 TL	16	26,500	4,899			

Kruskal Wallis H-Testi ve Mann Whitney U testi

Hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının gelir düzeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $KW= 7,343$ ;  $p= 0,025<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; gelir düzeyi 1001-1500 TL olanların algılanan aile desteği puanları ( $26,500 \pm 4,899$ ), gelir düzeyi 500 TL altı olanların algılanan aile desteği puanlarından ( $22,988 \pm 4,905$ ) yüksek bulunmuştur. Gelir düzeyi 1001-1500 TL olanların algılanan aile desteği puanları ( $26,500 \pm 4,899$ ), gelir düzeyi 500-1000 TL olanların algılanan aile desteği puanlarından ( $23,206 \pm 4,106$ ) yüksek bulunmuştur (Tablo 9).

$H_0$  hipotezi reddedilmiş,  $H_1$  hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 10: Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin çalışma durumuna göre ortalamaları**

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
Algılanan Aile Desteği	Evet	6	23,667	3,011	428,500	0,605
	Hayır	163	23,405	4,714		

Mann Whitney-U testi

Hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 11: Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin meslekte çalışılan süresine göre ortalamaları**

	Grup	N	Ort	Ss	KW	P
Algılanan Aile Desteği	1 Yıldan Az	25	22,800	3,109	0,570	0,903
	2-5 Yıl	10	23,100	2,470		
	6-9 Yıl	4	24,500	4,359		
	10 Yıl Ve üzeri	130	23,523	5,046		

Kruskal Wallis H-Testi

Araştırmaya katılan hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının meslekte çalışılan süre değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 12: Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin hastalığının aile ilişkilerini etkileme durumuna göre ortalamaları**

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
Algılanan Aile Desteği	Evet	96	25,146	4,799	1 543,500	<b>0,000</b>
	Hayır	73	21,137	3,314		

Mann Whitney-U testi

Hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının hastalığının aile ilişkilerini etkileme durumu değişkenine göre, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U= 1 543,500; p= 0,000<0,05). Evet yanıtının algılanan aile desteği puanları (x=25,146), hayır yanıtının algılanan aile desteği puanlarından (x= 21,137) yüksek bulunmuştur.

**Tablo 13: Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin ailenin destek olduğunu hissetme durumuna göre ortalamaları**

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
Algılanan Aile Desteği	Evet	76	27,105	3,897	180,000	<b>0,000</b>
	Hayır	93	20,398	2,605		

Mann Whitney-U testi

Hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının ailenin destek olduğunu hissetme durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U= 180,000; p= 0,000<0,05). Ailenin destek olduğunu hissedenlerin algılanan aile desteği puanları (x= 27,105), ailenin destek olduğunu hissetmeyenlerin algılanan aile desteği puanlarından (x=20,398) yüksek bulunmuştur.

H<sub>0</sub> hipotezi reddedilmiş, H<sub>1</sub> hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 14: Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin aile ve akraba desteğinin hastalığa olumlu etkisine göre ortalamaları**

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
Algılanan Aile Desteği	Evet	80	26,513	4,204	555,000	<b>0,000</b>
	Hayır	89	20,629	2,998		

Mann Whitney-U testi

Hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının aile ve akraba desteğinin hastalığa olumlu etkisi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U= 555,000; p= 0,000<0,05). Hastalığa olumlu etkisi olduğunu düşünenlerin algılanan aile desteği puanları (x=26,513), hastalığa olumlu etkisi olduğunu düşünmeyenlerin algılanan aile desteği puanlarından (x= 20,629) yüksek bulunmuştur.

H<sub>0</sub> hipotezi reddedilmiş, H<sub>1</sub> hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 15: Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin aile dışında destek alınan kişi durumuna göre ortalamaları**

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
Algılanan Aile Desteği	Evet	40	23,050	2,572	2 439,000	0,600
	Hayır	129	23,527	5,139		

Mann Whitney-U testi

Hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının aile dışında destek alınan kişi durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 16: Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin aile bireyleriyle iletişim kurarken zorlanma durumuna göre ortalamaları**

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
Algılanan Aile Desteği	Evet	11	26,818	7,468	654,000	0,168
	Hayır	158	23,177	4,335		

Mann Whitney-U testi

Hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının aile bireyleriyle iletişim kurarken zorlanma durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 17: Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin yaşadığı sorunları ailesiyle paylaşma durumu göre ortalamaları**

	Grup	N	Ort	Ss	MW	P
Algılanan Aile Desteği	Evet	118	23,941	4,543	2 064,000	<b>0,001</b>
	Hayır	51	22,196	4,737		

Mann Whitney-U testi

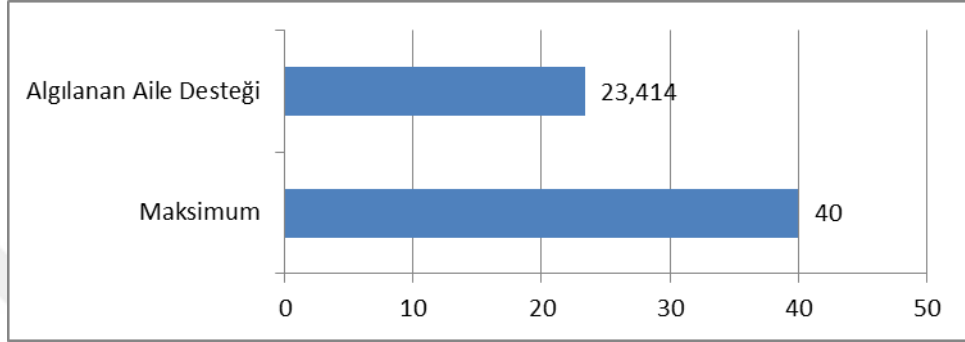
Hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının yaşadığı sorunları ailesiyle paylaşma durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U= 2 064,000;  $p= 0,001<0,05$ ). Yaşadığı sorunları ailesiyle paylaşanların algılanan aile desteği puanları ( $x=23,941$ ), yaşadığı sorunları ailesiyle paylaşmayanların algılanan aile desteği puanlarından ( $x=22,196$ ) yüksek bulunmuştur.

$H_0$  hipotezi reddedilmiş,  $H_1$  hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 18: Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyi**

	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Algılanan Aile Desteği	169	23,414	4,658	16,000	40,000

Araştırmaya katılan hastaların “algılanan aile desteği” düzeyi ( $23,414 \pm 4,658$ ) orta olarak saptanmıştır.



## 5. TARTIŞMA

Bu bölüm KKTC’de kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan hemodiyaliz tedavisi alan hastaların algılanan aile desteğinin belirlenmesi amacıyla planlanmış olup bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır. Son yıllarda sosyal destek, aile desteği, arkadaş desteği, akraba desteği gibi kavramlara karşı ilgi artmıştır. Bunun sebebi, sosyal desteğin bireylerin ruh sağlığı, beden sağlığı ve başarısı ile ilişkili bulunması; bireyin günlük yaşamında karşılaştığı olumsuzluklara ve yaşadığı strese karşı aile desteğinin, arkadaş desteğinin ve akraba desteğinin tampon etkisinin olmasıdır (59). Literatüre baktığımızda kronik fiziksel hastalıklarda sosyal destek konusunu inceleyen çalışmalarda, kronik hastalığa sahip kişilerde hem aile hem de arkadaş desteğinin azaldığı bulguları yer almaktadır (60). Fiziksel ve ruhsal birçok hastalığın ortaya çıkmasında, ilerleyişinde ve süresi üzerinde aile ve arkadaş desteğinin etkisi oldukça büyüktür. Bu bakımdan sosyal destek olgusu insan sağlığı ile ilişkili bir değişkendir. Sosyal desteğin, insanların yaşamını çeşitli şekillerde etkilediği düşünülmektedir (61). Bazı araştırmalarda aile desteğinin yeterli olmamasının öz kıyım riskini artırdığı belirtilmiştir (9). Bireylerin arkadaş ve aile desteğini hissetmeleri ve olumlu yönde algılamaları, hayata olumlu bakmalarını ve kaliteli bir yaşam sürmelerini sağlar ve günlük hayatlarındaki stresli olaylarla baş etmelerini kolaylaştırır. Sosyal destek, yaşamda ortaya çıkan psikolojik güçlüklerle karşı koruyucu bir tampon görevi görmektedir (62).

Hastaların algılanan aile desteğinin belirlenmesinde; araştırmaya katılan hastaların “algılanan aile desteği” düzeyi ( $23,414 \pm 4,658$ ) orta olarak tespit edilmiştir. Aile desteğinin hissedilmesinin hastalık üzerindeki etkisi; algılanan aile desteğinin belirlenmesinde en önemli faktördür. Sosyal destek içerisinde yer alan aile desteği sevgi, hoşgörü, bireyin kendisine saygı duyması gibi kişinin sosyal gereksinimlerini karşılayarak bedensel sağlığını ve psikolojisini olumlu etkilemektedir. Kişinin ihtiyacı olan desteği bulamaması, kendisini bir işe yaramayan, önemsiz, biçare hissetmesi bunalıma girmesine sebep olmaktadır. (63). Yapılan araştırmada hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının ailenin destek olduğunu hissetme durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=180,000$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Ailenin destek olduğunu hissedenlerin algılanan aile desteği puanları ( $x=27,105$ ), ailenin destek

olduğunu hissetmeyenlerin algılanan aile desteği puanlarından ( $x=20,398$ ) yüksek bulunmuştur (Tablo 13). Hastaların hastalık süresince aileden algıladıkları desteğin düşük olduğu görülmüştür. Aile, arkadaş ve akraba desteği hastalık açısında önem arz etmektedir. Birçok araştırma, hastanın aile arkadaş ve akraba desteğinin bedensel ve psikolojik hastalıklar sırasında bireyin sağlığını devam ettirebilmesinde önemli olduğunu göstermektedir. Aile fertlerinin hastalığın başlangıcından itibaren süregelen davranışları hastaların vereceği tepkilere olumlu veya olumsuz bir olgu katabilmektedir. Yaşanılan olumsuz olaylar ve sosyal desteğin az olması umutsuzluğa yol açmaktadır (62). Hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının aile ve akraba desteğinin hastalığa olumlu etkisi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Hastalığa olumlu etkisi olduğunu düşünenlerin algılanan aile desteği puanları, hastalığa olumlu etkisi olmadığını düşünmeyenlerin algılanan aile desteği puanlarından yüksek bulunmuştur (Tablo 14). Yapılmış olan çalışmalarda aile desteğinin az oluşunun veya olmayışının hastaların durumunun daha kötüye gitmesine yahut erken ölüme neden olduğu ve intihar riskini yükselttiği belirtilmiştir (9). Yapılan araştırmalar incelendiğinde hastalık süresince sosyal destek içerisinde yer alan aile desteğinin en etkili kaynak olduğu görülmektedir. Bununla birlikte yeterli düzeyde sosyal destek algısı için arkadaş desteğine de ihtiyaç vardır (60). Dansuk R, Ağargün M, Kars B, Pars Ağargün H, Turan C ve Ünal O'nun (2002), birlikte yaptığı çalışmada; kanser hastalarında kontrol grubuna göre; umutsuzluğa kapılma ve aynı zamanda kendilerini yalnız hissetme düzeylerinin arttığı benlik saygılarının düştüğü, aile, arkadaş ve akraba desteğinin daha zayıf olduğu tespit edilmiştir. Buna göre birçok hastalık grubunda hastaların psiko-sosyal özellikleri göz önüne alındığında sosyal ilişkileri ve aile ilişkilerinin düzenlenmesinin, yaşam standartları ve işlevsel düzeylerinin artırılmasının, tanı ve tedavi süreçlerinde önemli bir rol oynadığı görülmektedir (64).

Öte yandan sosyo-ekonomik düzeyi yeterli olmayan kanserli hastalarda; depresif belirtilerin daha çok görüldüğü, umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek, benlik saygısının ve sosyal desteğin daha düşük olduğu dolayısı ile sosyal desteğin içinde yer alan aile desteğinin azaldığı tespit edilmiştir (64). Yapılan araştırmada gelir düzeyi değişkenini incelediğimizde ise tablo 9'da görüldüğü gibi; araştırmaya katılan hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamaları gelir düzeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Gelir düzeyi 1001-1500 TL olanların algılanan aile desteği puanlarının, gelir düzeyi 500 TL altı olanların algılanan aile desteği



puanlarından yüksek bulunması, gelir düzeyi 1001-1500 TL olanların algılanan aile desteği puanlarının, gelir düzeyi 500-1000 TL olanların algılanan aile desteği puanlarından yüksek bulunması yukarıda belirtilen araştırmayı destekler niteliktedir (64).

Başka bir değişken olan yaş faktörü ele alındığında çalışmaya katılan hastaların %8,9'u 50 yaş ve altı, %17,8'i 51-60 yaş, %30,2'si 61-70, %27,2'si 71-80, %16,0'ı ise 80 yaş üstü olarak dağılmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 2). Aras A, Tel H (2009), aile ve arkadaş desteğini karşılaştırmış, yaş ile algılanan aile ve arkadaş desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu, algılanan aile ve arkadaş desteğinin 65 yaş ve üzeri yaştaki hastalarda düşük olduğunu belirtmişlerdir (60). Korkmaz T ve Tel H'nin (2010), yaptığı çalışmada aynı şekilde 45-54 yaş grubuna mensup hastaların aile desteği puanlarının yüksek çıktığı, 65 yaş ve üzerindeki hastaların aile desteği, arkadaş desteği ve akraba desteği puanlarının ise düşük olduğu saptanmıştır. Genel olarak 45-54 yaş aralığında bulunan kişiler günlük yaşamlarında aktif ve üretken olduğundan, bireyin aile desteğine ihtiyaç duymasının ön planda olmadığı, fakat 65 yaş ve üzerinde bireylerin hastalıkla birlikte oluşan rol ve işlev kaybı, akran kaybı ve aile bireylerinin kaybı gibi kayıplar yaşamlarının getirdiği bir sonuç olarak sosyal destek kaynaklarının azaldığı belirtilmiştir (63). Bu sonuçlara bakıldığında yaptığımız çalışma sonucu ile aynı doğrultuda olmadığını görmekteyiz.

Hastaların algılanan aile desteğini etkileyen faktörlerden diğer ikisi cinsiyet ve eğitim düzeyidir. Hastaların cinsiyet değişkenine göre 103'ü (%60,9) erkek, 66'sı (%39,1) kadın olarak dağılmaktadır (Tablo 3). Hastaların %66,9'u ilköğretim, %26,0'ı lise, %7,1'i yüksekokul veya üniversite mezunudur (Tablo 6). Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D (2010), çalışmalarında eğitim düzeyinin düşük, ekonomik durumun ise kötü olmasının algılanan sosyal desteği azalttığını belirtmesi, bulgularımız ile benzerlik göstermektedir (62). Hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin eğitim düzeyine göre ortalamaları tablo 6'da cinsiyete göre ortalaması ise tablo 3'te verilmiştir. Hemodiyaliz hastalarının eğitim durumuna göre algıladıkları aile desteği düzeyi lise ve üniversite mezunlarında ilköğretim mezunlarına göre daha yüksektir. Biçer ve Bayat'ın çalışmasında (2012), algılanan sosyal destek seviyesini ve alt boyutlarını; hastaların yaşının, eğitim seviyesinin, medeni durumunun, çocuk sayısının, mesleğinin, günlük çalışma şeklinin,

aile tipinin ve sosyal güvence durumunun etkilediğini, hastaların cinsiyetinin ise etkilemediğini, okuma yazma oranı düşük olan hastalarda aile desteğinin, ortaokul mezunu olan hastalarda arkadaş desteğinin, üniversite mezunu olanlarda ise özel bir kişinin desteğinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (65). Yaptığımız araştırma sonuçlarına bakıldığında, hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Bu durum yapılan araştırmanın Biçer ve Bayat'ın araştırma bulguları ile aynı doğrultuda olup eğitim düzeyinin algılanan aile desteğinde etkili olduğunu, cinsiyetin ise bir etkisinin olmadığını vurgulamaktadır. Bayramova N ve Karadakovan A (2004), yaptıkları çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde, eğitim seviyesi yüksek olanların umutsuzluk puan ortalamaları en düşük, okuryazar olmayanların ise en yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre hastaların eğitim seviyesi yükseldikçe olumsuz yaşam şartları ve stresle etkin baş etme yolları geliştirdikleri ve sosyal destek sistemlerinin güç kazandığı, algı düzeylerinin arttığı belirtilmektedir. Araştırma sonuçları Bayramova ve Karadakovan'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir (66).

Genel olarak kronik hastalığa sahip bireylerin ve ailelerinin yaşamında zamanla olumsuz bir takım değişiklikler meydana gelir. KBY' de yaşanan süreçler, hasta ve aile üyelerinin üzerinde olumsuz bir etki göstermektedir. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarının diyalize bağımlı olarak yaşamını sürdürmesi ve günlük aktivitelerinin kısıtlanması hasta ile aile bireyleri arasındaki ilişkileri etkilemektedir (67).

Hastaların kısıtlayıcı bir yaşam stiline uyum sağlamak zorunda kalmaları aile üyelerine bağımlı hale gelmeleri, hastalıktan dolayı ailelerin maddi giderlerinin artması, tedavi sürecinin neden olduğu huzursuzluk, sosyal desteğin azalması, iletişimde yaşanan zorluklar ve ailenin günlük işlevlerinin bozulması gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Hastalık sürecinde gelişen değişiklikler hastanın ve ailenin bu duruma alışma sürecini etkilemekte ve aile bireyelerine yeni davranış biçimleri ve yeni görevler getirmektedir. Diyaliz hastasının bakımını aile bireyelerinden bir kişi üstlenmekte ve bu kişi genellikle anne ya da eş olmaktadır (67). Diyaliz tedavisinin günlük seanslar halinde yapılması hasta ile birlikte aile üyelerinin de günlük aktivitelerini sekteye uğratmakta ve sosyal yaşamlarını bozmaktadır. Üstelik fonksiyonlarını kaybeden hastaların aile üyelerine daha fazla görev düşmektedir. Oysa aile bireyelerinin kendilerinin de sağlık konularında ve sosyal açıdan desteğe gereksinimleri olabilmektedir. Yapılan birçok araştırmada

primer bakım veren aile üyelerinde depresif belirtiler olduğunun, yaşam kalitelerinin düştüğünün saptanması, hastalık sürecinde, aile ilişkilerinin ve iletişimin bozulması yaptığımız araştırma ile benzerlik göstermektedir (1).

Araştırmamızla benzerlik gösteren bir çalışma olan Meriç M ve Oflaz F (2013), yaptıkları “Hemodiyaliz Hastası Olan Bir Eşle Yaşamak: Eşlerin Yaşamlarındaki Gelgitler” adlı çalışmada hastaların yaşadıkları olumsuzluklarla birlikte ailenin de günlük yaşamının değişmesinin, yaşam kalitesinin düşmesinin hastanın algıladığı aile desteğini ve aile ilişkilerini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (5). Araştırmacılar, veri toplama amacı ile diyaliz hastalarının eşleri ile duygu ve düşüncelerini belirlemek amacı ile bir takım görüşmeler yapmışlardır. Bu görüşmeden alınan kısa birkaç diyalog;

“...Eşim diyalizden konuşunca sinirleniyor, o zaman bana da yansıtıyor tabi bende sinirleniyorum, sonra da aman deyip yokmuş gibi yapıyorum”,

“ ...Yorulan, çabalayan benim. O yüzden ben eşimi anlayacağım ona destek olacağım da bana kim olacak bilmiyorum” (5).

Hasta yakınlarının konuşmalardan anlaşılacağı gibi hastaların ailelerinin yaşadığı sıkıntıların dışı vurumu boş vermişlik, tükenmişlik, çaresizlik olmakta ve hastaya yeteri kadar destek olamamakta yahut bunu yansıtamamaktadırlar. Bu sebeple ki hastaların algıladıkları aile desteği düzeyi düşük olmakta ve aile ilişkilerini etkilemektedir (5).

Yapılan araştırmada hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının hastalığının aile ilişkilerini etkileme durumu değişkenine göre, grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=1 543,500; p=0,000<0,05). Evet yanıtının algılanan aile desteği puanları (x=25,146), hayır yanıtının algılanan aile desteği puanlarından (x=21,137) yüksek bulunmuştur (Tablo 12) ve araştırmamız ile paralellik göstermektedir.

Aile bireylerinin diyaliz tedavisi boyunca gösterdikleri tutum hastaların tepkilerine olumlu veya olumsuz şekilde yansıyabilmektedir. Bu durum da hastaların aileleri ile iletişimini etkilemektedir (9). İletişime ek olarak hastanın geniş ya da çekirdek aileye sahip olmasının, kimler ile yaşadığının hastaya etkisini araştıran, Korkmaz T ve Tel H' nin (2010), yaptıkları çalışmalarında geniş aileyi ve çekirdek

aileyi karşılaştırmış, aile bireyleri arasındaki iletişimin, ulaşılabilirlik ve yakınlık durumunun çekirdek aileden farklı olduğu geniş ailede hastanın ihtiyaç duyduğu yardımı ve desteği almasının daha kolay olduğu ve geniş ailede birden çok kişinin hasta ile ilgilenmesinin, hastanın sorumluluklarının aile bireyleri tarafından paylaşılarak yapılmasının hastanın, ailesinin desteğini daha çok hissetmesine etkisi olduğu düşünülmektedir. Çekirdek ailede ise hastaların, sosyal destek kaynağı olarak aile üyelerinden çok arkadaşlarına yöneldiği belirtilmiş, sebep olarak ise çekirdek ailede kişi sayısının az olmasının destek kaynaklarının sınırlı olmasına neden olduğu gösterilmiştir (63). Tablo 5’te araştırmamıza katılan hastaların ise algılanan aile desteği puanları ortalamaları evde kimlerle yaşadığı değişkeni açısından Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu fark örneklem grubundaki farklılığa bağlanabilir. Aras A, Tel H (2009), “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi” adlı araştırmalarında, hastaların algılanan aile desteği puan ortalaması  $27.68+10.76$ , algılanan arkadaş desteği puan ortalaması  $16.95+10.56$  olup arkadaşlardan algılanan sosyal desteğin aileden algılanan sosyal desteğe göre daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir (60). Diyaliz hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada destek kaynaklarının büyük bölümünü ilk sırada öncelikli olarak aile bireylerinin oluşturduğu ve bunu sırası ile sağlık personeli ve arkadaşların izlediği belirtilmiştir (9). Çalışmamızla karşılaştıracak olursak hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin aile bireyleriyle iletişim kurarken zorlanma durumu değişkenine (Tablo 16) göre ve hastaların algıladıkları aile desteği düzeyinin aile dışında destek alınan kişi durumu değişkenine (Tablo 15) göre ortalamaları ile grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ve yukarıda ki araştırmalar ile bulgularımız uygunluk göstermemektedir. Aras A ve Tel H (2009), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığına sahip (KOA) bireyler ile yaptıkları ve 4. ulusal iç hastalıkları kongresinde sundukları çalışmada, erkek hastaların algılanan arkadaş desteğinin kadın hastalardan daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Sonucun bu şekilde olmasını ise çalışmaya alınan kadın hastaların eğitim düzeylerinin erkek hastalara göre daha düşük olmasına ve kültürel sebeplerden dolayı kadınların sosyal aktivitelerinin kısıtlı olmasına bağlamışlardır (60). Korkmaz ve Tel’in (2010) yine KOA’lı hastalar ile yaptıkları çalışmada ise kadın hastaların çevresi ile daha kolay iletişim kurabilme ve sorunlarının yakınları ile daha rahat paylaşabilme gibi sahip oldukları bazı özelliklerden dolayı kadın hastaların algılanan arkadaş desteğinin erkek hastalardan daha fazla olduğunu

belirtmesi, yaptığımız çalışmadaki hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının yaşadığı sorunları ailesiyle paylaşma durumu değişkeni ile paralellik göstermektedir (63).Yaşadığı sorunları ailesiyle paylaşanların algılanan aile desteği puanları ( $x=23,941$ ), yaşadığı sorunları ailesiyle paylaşmayanların algılanan aile desteği puanlarından ( $x=22,196$ ) yüksek bulunmuştur (Tablo 17).

Mutlu E (2007), yaptığı çalışmada kronik böbrek yetmezliği olan hastaların diyaliz tedavisi ile birlikte çalışma yaşamlarında olumsuzluklar olduğunu tespit etmiştir. Hastaların % 13,7 gibi küçük bir oranının çalışma hayatına devam ettiği geriye kalan %86,3 gibi büyük bir kısmının ise çalışma hayatından uzak kaldığını belirtmiştir (3). Literatürü incelediğimizde diyaliz hastalarının meslekte çalışma süresinin algılanan aile desteği üzerindeki etkilerine yönelik incelemelere rastlanmamıştır. Yapılan araştırmalardan birinde meslek sahibi olan diyaliz hastalarının baş etme yöntemlerini daha etkin olarak kullandığı belirtilmiştir (9). Bulgularımızda araştırmaya katılan hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının meslekte çalışılan süre değişkeni (Tablo 11) ve çalışma durumu değişkeni (Tablo 10) açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Araştırmaya katılan hastaların yaş değişkeni yüzdelere baktığımızda yaş değişkeni ile çalışma durumun paralel olarak ilerlediği düşünülmektedir (Tablo 2).

Hastaların algılanan aile desteğini medeni durum değişkeni açısından incelediğimizde ise hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Evli ya da bekar olmanın algılanan aile desteğini etkilemediği sonucuna varılmıştır (Tablo 4). Aras A, Tel H (2009), Tur Toraks Dergisinde yayınlanan KOAH hastaları ile yaptıkları çalışmalarında; medeni duruma göre algılanan aile desteği ve arkadaş desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ( $p>0.05$ ), fakat algılanan aile desteğinin evli olan hastalarda, algılanan arkadaş desteğinin ise bekar olan hastalarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir (60). Korkmaz ve Tel (2010), yaptıkları çalışmalarında hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, aile tipi ve hastalık süresine göre algılanan sosyal destek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu saptamış ve evli hastalarda depresyon belirtileri puanının bekar olan hastalardan daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Sebep olarak ise evli hastaların hastalığın getirdiği kısıtlamalara ve yaşadıkları zorluklara

rağmen eş olarak ve ebeveyn olarak yerine getirmek zorunda oldukları görevlerinden ve bu konularda yetersizlik hissetmeye başladıklarından dolayı depresyon belirtilerinin ortaya çıktığını belirtmişlerdir (63). Yapılan bu çalışmalar araştırmamızla paralellik göstermemektedir.

Mutlu E (2007), yaptığı çalışmasında uzun süre köyde yaşayan diyaliz hastaları, il ve ilçede yaşayan diyaliz hastaları ile karşılaştırılmış, köyde yaşayan hastaların benlik saygılarının daha düşük olduğu, daha çok yardıma ve desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmiştir (3). Yaptığımız araştırmada ise araştırmaya katılan hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının yaşanılan yer değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Hastaların köy, ilçe ya da ilde yaşamaları algılanan aile desteği düzeyini etkilememektedir (Tablo 8). Ayrıca tablo 7’de görüleceği gibi hastaların çocuk sayısı değişkenine baktığımızda araştırmaya katılan hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının çocuk sayısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Arslantaş H, Adana F, Kaya F ve Turan D (2010), yaptıkları çalışmada, hastaların demografik özellikleri ile “Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” puan ortalamaları karşılaştırılmış cinsiyetin, medeni durumun, çalışma durumunun ve çocuk sayısının, “Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ)” puan ortalamasını etkilemediği belirtilmiştir (62).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde evrenin tamamı alınarak 169 hasta ile yapılmıştır. Kronik böbrek yetmezliği olan diyaliz tedavisi alan hastaların algılanan aile desteğinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan araştırmada bulunan sonuçlar;

Hastaların 15'i (%8,9) 50 yaş ve altı, 30'u (%17,8) 51-60, 51'i (%30,2) 61-70, 46'sı (%27,2) 71-80, 27'si (%16,0) ise 80 yaş üstüdür. Araştırmaya katılan hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) ve yaş değişkeninin algılanan aile desteğini etkilemediği tespit edilmiştir (Tablo 2). Literatüre baktığımızda yaş değişkeninin daha önce yapılan araştırmalarla aynı doğrultuda sonuçlar vermediği tespit edilmiştir.

103'ü (%60,9) erkek, 66'sı (%39,1) kadın olmak üzere algılanan aile desteği puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) ve cinsiyet değişkeninin algılanan aile desteğini etkilemediği sonucuna varılmıştır (Tablo 3).

154'ü (%91,1) evli, 15'i (%8,9) bekaıdır. Algılanan aile desteği puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamış ( $p>0,05$ ) ve evli ya da bekar olma durumu algılanan aile desteğini etkilememektedir (Tablo 4).

Araştırmaya katılan hastaların 71'i (%42,0) yalnız, 89'u (%52,7) eşiyile, 6'sı (%3,6) eş ve çocuklar, 3'ü (%1,8) anne baba ile yaşamakta ve algılanan aile desteği puanları ortalamalarının evde kimlerle yaşadığı değişkeni, grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadığından ( $p>0.05$ ), hastaların kimlerle yaşadığı algılanan aile desteğini etkilememektedir (Tablo 5).

Eğitim düzeyleri incelendiğinde 113'ünün (%66,9) ilköğretim, 44'ünün (%26,0) lise, 12'sinin (%7,1) yüksek okul veya üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $KW=20,911$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Eğitim düzeyi lise olanların algılanan aile desteği

puanları ( $24,091 \pm 4,609$ ), eğitim düzeyi ilköğretim olanların algılanan aile desteği puanlarından ( $22,575 \pm 4,332$ ) yüksek, eğitim düzeyi yüksek okul veya üniversite olanların algılanan aile desteği puanları ( $28,833 \pm 4,019$ ), eğitim düzeyi ilköğretim olanların algılanan aile desteği puanlarından ( $22,575 \pm 4,332$ ) yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek okul veya üniversite olanların algılanan aile desteği puanları ( $28,833 \pm 4,019$ ), eğitim düzeyi lise olanların algılanan aile desteği puanlarından ( $24,091 \pm 4,609$ ) yüksek bulunmuştur. Öğrenim durumuna göre eğitimleri lise düzeyinde olanların ilköğretim düzeyinde olanlardan yüksek, eğitim düzeyleri yüksek okul veya üniversite olanların ise lise ve ilköğretim düzeyinde olanlardan yüksek olması algılanan aile desteğini etkilediği saptanmıştır (Tablo 6).

Hastaların 15'inin (%8,9) çocuğu yoktur, 26'sının (%15,4) 1, 71'inin (%42,0) 2, 57'sinin ise (%33,7) 3 çocuğu bulunmaktadır. Algılanan aile desteği puanları ortalamalarının çocuk sayısı değişkeni açısından fark anlamlı bulunmadığından ( $p>0.05$ ) çocuk sayısı algılanan aile desteğini etkilememektedir (Tablo 7).

128'i (%75,7) köyde, 2'si (%1,2) kasabada, 39'u (%23,1) şehirde yaşamaktadır. Algılanan aile desteği puanları ortalamalarının yaşanılan yer değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadığından ( $p>0.05$ ) hastaların yaşadıkları yer algılanan aile desteğini etkilememektedir (Tablo 8).

Araştırmaya katılan hastaların gelir düzeyleri 80'i (%47,3) 500 TL altı, 73'ü (%43,2) 500-1000 TL, 16'sı (%9,5) 1001-1500 TL almakta ve algılanan aile desteği puanları ortalamalarının gelir düzeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Gelir düzeyi 1001-1500 TL olanların algılanan aile desteği puanları ( $26,500 \pm 4,899$ ), gelir düzeyi 500 TL altı olanların algılanan aile desteği puanlarından ( $22,988 \pm 4,905$ ) yüksek bulunmuştur. Gelir düzeyi 1001-1500 TL olanların algılanan aile desteği puanları ( $26,500 \pm 4,899$ ), gelir düzeyi 500-1000TL olanların algılanan aile desteği puanlarından ( $23,206 \pm 4,106$ ) yüksek bulunmuştur. 1001-1500 TL geliri olan hastaların algılanan aile desteği düzeyinin 500 TL ve 500-1000 TL geliri olan hastalardan yüksek olmasının algılanan aile desteğini etkilediği sonucuna varılmıştır (Tablo 9). Literatüre bakıldığında yapılan araştırmanın daha önce yapılan çalışmaların birçoğu ile aynı doğrultuda olduğu saptanmıştır.



6'sı (%3,6) çalışmakta, 163'ü (%96,4) ise çalışmamaktadır. Algılanan aile desteği puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadığından ( $p>0,05$ ) çalışma durumu algılanan aile desteğini etkilememektedir (Tablo 10).

Meslekte çalışılan süre değişkeni incelendiğinde 25'i (%14,8) bir yıldan az, 10'u (%5,9) 2-5 yıl, 4'ü (%2,4) 6-9 yıl, 130'u (%76,9) 10 yıl ve üzeri çalışmıştır. Araştırmaya katılan hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının meslekte çalışılan süre değişkeninin hastaların kaç yıl çalıştığına algılanan aile desteğini etkilemediği bulunmuştur (Tablo 11). Literatüre bakıldığında daha önce yapılan araştırmalarda meslekte çalışılan süre üzerinde durulmadığı görülmüştür.

Hastalığın aile ilişkilerini etkileme durumuna göre dağılımlarında 96'sı (%56,8) evet, 73'ü (%43,2) hayır, ailenin destek olduğunu hissetme durumuna göre 76'sı (%45,0) evet, 93'ü (%55,0) hayır, aile ve akraba desteğinin hastalığa olumlu etkisine göre 80'i (%47,3) evet, 89'u (%52,7) hayır, hastalar algıladıkları aile dışında destek alınan kişi durumuna göre 40'ı (%23,7) evet, 129'u (%76,3) hayır, hastaların aile bireyleriyle iletişim kurarken zorlanma durumuna göre 11'i (%6,5) evet, 158'i (%93,5) ise hayır, yaşadığı sorunları ailesiyle paylaşma durumuna göre 118'i (%69,8) evet, 51'i (%30,2) hayır olarak tespit edilmiştir.

Hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının hastalığının aile ilişkilerini etkileme durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Evet yanıtının algılanan aile desteği puanları ( $x=25,146$ ), hayır yanıtının algılanan aile desteği puanlarından ( $x=21,137$ ) yüksek bulunmuştur. Hastaların 96'sı (%56,8) hastalıklarının aile ilişkilerini etkilediğini, 73'ü (%43,2) ise etkilemediğini yanıtını vermiştir (Tablo 12).

Hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının ailenin destek olduğunu hissetme durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Hastaların 76'sı (%45,0) evet, 93'ü (%55,0) hayır yanıtını vermiştir. Ailenin destek olduğunu hissedenlerin algılanan aile desteği puanları ( $x=27,105$ ), ailenin destek olduğunu hissetmeyenlerin algılanan aile desteği puanlarından ( $x=20,398$ ) yüksek bulunmuştur. Ailenin destek olduğunu hissetme değişkeninin algılanan aile desteğini etkilediği saptanmıştır (Tablo 13).

Hastaların algılanan aile desteği puanları ortalamalarının aile ve akraba desteğinin hastalığa olumlu etkisi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U= 555,000; p= 0,000<0,05). Hastalığa olumlu etkisi olduğunu düşünenlerin algılanan aile desteği puanları (x=26,513), hastalığa olumlu etkisi olmadığını düşünmeyenlerin algılanan aile desteği puanlarından (x=20,629) yüksek bulunduğundan algılanan aile desteğini etkilemektedir (Tablo 14).

Algılanan aile desteği puanları ortalamalarının aile dışında destek alınan kişi durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Hastaların ailesi dışından destek görmesi veya görmemesinin algılanan aile desteğini etkilemediği tespit edilmiştir (Tablo 15).

Algılanan aile desteği puanları ortalamalarının aile bireyleriyle iletişim kurarken zorlanma durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamış (p>0,05) ve hastalıktan dolayı aile ile iletişim kurmada herhangi bir değişiklik yaşanmadığı anlaşılmıştır (Tablo 16).

Algılanan aile desteği puanları ortalamalarının yaşadığı sorunları ailesiyle paylaşma durumu değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U= 2 064,000; p= 0,001<0,05). Yaşadığı sorunları ailesiyle paylaşanların algılanan aile desteği puanları (x=23,941), yaşadığı sorunları ailesiyle paylaşmayanların algılanan aile desteği puanlarından (x=22,196) yüksek bulunmuş ve yaşadığı sorunları ailesiyle paylaşma durumu değişkeninin algılanan aile desteği düzeyini etkilediği saptanmıştır (Tablo 17).

KBY Dünya’da ve ülkemizde yaygın olan kronik hastalıklardan birisi olup, sadece fiziksel olarak değil, sosyal ve psikolojik olarak da ele alınması gereken bir hastalıktır ve giderek artmaktadır (72). Araştırmaya katılan kronik böbrek yetmezliği hastalarının algılanan aile desteği düzeyini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada sosyo-demografik değişkenlerden; yaş, cinsiyet, medeni durum, evde kimlerle yaşadığı, çocuk sayısı, yaşanılan yer, çalışma durumu, meslekte çalıştığı süre gibi değişkenlerin algılanan aile desteğini etkilemediği, gelir düzeyi ve eğitim düzeyinin ise etkilediği saptanmıştır. Aile ilişkilerini etkileme durumu, ailenin destek olduğunu hissetme durumu, aile ve akraba desteğinin hastalığa olumlu etkisi, aile dışında destek alınan kişi

durumu değişkenlerinin algılanan aile desteğini etkilediği, aile bireyleriyle iletişim kurarken zorlanma durumu ve aile dışında destek alınan kişi durumunun ise etkilemediği tespit edilmiştir ve araştırmaya katılan hastaların “algılanan aile desteği” düzeyi ( $23,414 \pm 4,658$ ) orta olarak saptanmıştır (Tablo 18). Algılanan aile desteği puanları azaldıkça sosyal ilişkilerin bozulduğu sonucuna varılmıştır. Elde edilen bu bulgulardan yola çıkacak olursak diyaliz hastalarının yaşadıkları fiziksel sorunlar, ruhsal sorunların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Diyaliz hastalarının algılanan aile desteğinin artırılması için yakın çevrelerine ve bakım veren kişilere hastalığın doğuracağı sonuçlar ile ilgili hastalığın başında eğitimlerin düzenlenmesi,
- Aile tarafından hastanın bakım sorumluluklarının paylaşılması,
- Hastanın yaşadığı sorunları ailesiyle paylaşmasının algılanan aile desteğini artıracakı anlatılarak teşvik edilmesi,
- Aile ve hastanın birbirleriyle iletişim kurma becerilerinin eğitim verilerek desteklenmesi,
- Hastaya sosyal çevresiyle olumlu iletişim içinde olmasının hastalığın seyri açısından pozitif etki sağlayacağının anlatılması,
- Aileye, hastanın normalden daha fazla desteğe ihtiyacı olduğunun ve bunu hissetmesinin öneminin açıklanması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

1. Kaya Akı M, Demir Dikmen Y. “Hemodiyaliz Hastalarına Primer Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükleri ve Yaşam Kaliteleri Üzerine Bir Gözden Geçirme”, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2012, 2(3): 24-28.
2. Özdemir Ç. *Diyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptom Kümelerinin Belirlenmesi* (tez). Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2011
3. Mutlu E. *Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi* (tez). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2007
4. National Hemodialysis, Transplantation and Nephrology Registry Report of Turkey, 2015. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Ankara, 2016
5. Meriç M, Oflaz F. “Hemodiyaliz Hastası Olan Bir Eşle Yaşamak, Eşlerin Yaşamlarındaki Gelgitler” *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2013, 4(1): 21-26
6. Arat Z. *Hemodiyaliz Hasta ve Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu, Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörler* (tez). Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2006.
7. Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. “Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi” *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 12(2): 1-9
8. Ceylan B. *Şizofreni ve Kronik Böbrek Yetersizliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması* (tez). Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2015
9. Tan M, Karabulutlu E, Okanlı A, Erdem N.” Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 8(2): 32-38
10. Akın S. *Diyabetli Hastalarda Uyumun ve Aile Destek Düzeylerinin Belirlenmesi* (tez). İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi; 2011

11. Yılmaz H. *Otopsi Böbrek Dokusu Örneklerinde İz Element ve Toksik Metal Düzeyleri* (tez). Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinler Arası Adli Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2008
12. Erdem Ş. *Böbrek Hücreli Karsinomlarda P53 ve BCL-2 İmmün Pozitifliğinin Tümör ile İlişkili Prognostik Faktörlerle Karşılaştırılması* (tez). Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği Uzmanlık Tezi; 2009
13. Karlıdağ F. *Son Dönem Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda OS Occipitale Kalınlığının Bilgisayarlı Tomografi İle Değerlendirilmesi* (tez). İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anatomi Anabilim Dalı Yüksek lisans Tezi; 2005
14. Yalçın M. *Ratlarda Kadmiyumun Böbrekteki Hasarına karşı Karnitinin Koruyucu Etkisinin Işık Mikroskopik Düzeyde İncelenmesi* (tez). Afyonkocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Histoloji Embriyoloji Anabilim Dalı Yüksek lisans Tezi; 2009
15. Yıldar M. *DeneySEL Renal İskemi/Reperfüzyon Hasarında Splenektomi Ve Gadolinium Chloride (Gdcl3)'in Koruyucu Etkisi* (tez). Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği Uzmanlık Tezi; 2008
16. Yaşar Z. *Ratlarda Doksorubisinin Böbrekteki Hasarına Karşı Quersetinin Koruyucu Etkisinin Işık Mikroskopik Düzeyde İncelenmesi* (tez). Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı Yüksek lisans Tezi; 2010
17. Canayakın D. *Nigella sativa L. Etonel Ekstresinin Ratlarda Parasetemolle İndüklenen Akut Böbrek Toksikitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması* (tez). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Eczacılık Biyokimya Anabilim Dalı Yüksek lisans Tezi; 2014
18. Şimşek F. *Ratlarda Kastrasyonun Böbrek Histolojisine Etkisi* (tez). Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Histoloji Emriyoloji Anabilim Dalı Yüksek lisans Tezi; 2009
19. Gökçe S. *Renal Replasman Tedavisi alan hastalarda Yaşam Kalitesi* (tez). İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2010

20. Nakhai Ashtiani F. *Kedilerde Üriner Sistem Hastalıklarında Sistosentez ve Doğal Yöntemle Toplanan İdrar Analiz Bulgularının Karşılaştırılması* (tez). Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı Doktora Tezi; 1995
21. Yöntem M, Odabaş G. “Kütahya Bölgesinde Bulunan Hemodiyaliz Hastalarının Bazı Biyokimyasal Parametrelerinin Değerlendirilmesi”, *Fen Bilimleri Dergisi*, 2009, 18(4): 7-13
22. Başakçı Çalık B. *Kronik Böbrek Yetmezliğinde Üst Ekstremitte Fonksiyonel Kapasitesinin Belirlenmesi* (tez). Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2004
23. Horoz M. Özgür Ö, “Akut Böbrek Yetmezliği” *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004, 1(3): 48-63
24. Özdemir Ü, Taşçı S. “Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım”, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1(1): 58-59
25. Battaloğlu B, ”Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Etiyolojik Değerlendirme” Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi; 2007
26. Cingöz Ş. *Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hemodiyaliz Hastalarında Vasküler Erişim Kullanım Süresi ve Bu Süreyi Etkileyen Faktörler* (tez). Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2013
27. Ayköse G. *Kronik Böbrek Yetmezliği nedeni ile Hemodiyaliz Tedavisi Gören Cinsel Disfonksiyonlu Erkeklerde Gonadal Fonksiyonların ve Testosteron Replasman Tedavisinin Değerlendirilmesi* (tez). Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Üroloji Kliniği Uzmanlık tezi; 2006
28. Selamet U. *Üremik Hastalarda Görsel Uyarılmış Potansiyeller ve Elektroetinogram Değişiklikleri* (tez). Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği Uzmanlık Tezi; 2005
29. Arslan Y. *Hemodiyalize Giren Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Beslenme İle İlişkili Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Belirlenmesi* (tez). Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2008
30. Öztürk D. *Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastaların Yumurta ve Yumurta Akı Tüketimlerinin Bazı Biyokimyasal ve Hematolojik Bulgular Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması* (tez). Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi; 2009

31. Tanrıverdi MH, Karadağ A, Hatipoğlu EŞ. “Kronik Böbrek Yetmezliği” *Konuralp Tıp Dergisi*, 2010, 2(2): 27-32
32. Hamamcı M. *Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarda Protein Kısıtlı Diyet İle Birlikte Esansiyel Aminoasitlerin Alfa-Keto Anologlarının Kullanımının Hastalığın Progresyonunu ve Komplikasyonlarını Önlemedeki Rolü* (tez). Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2009
33. Soyman Z. *Hemodiyaliz Hastalarında Masajın Yorgunluğa Etkisinin İncelenmesi* (tez). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksekisans Tezi; 2009
34. Hüzmeli H. *Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Aletli Periton Diyalizinin Renal Replasman Tedavisi Olarak Kullanımı* (tez). İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp-damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2012
35. Avşar ÜZ. *Periton Diyaliz Hastalarında Standart Diyalizat İle Biyouyumlu Diyalizatın Diyaliz Yeterliliği Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması* (tez). Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü Uzmanlık Tezi; 2009
36. Anadol AZ. “Postoperatif Ve Posttravmatik Böbrek Yetmezliği: Yeni Ne Var?” *Yoğun Bakım Dergisi*, 2010, 9(4): 193-199
37. Peker H. *Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Troid Kanseri İnsidansı ve Klinikopatolojik Farklılıklar* (tez). Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2012
38. Altuntaş E. *Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi* (tez). İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Genel Cerrahi Anabilim Dalı Yüksekisans Tezi; 2015
39. Değirmenci Saltürk AG. *Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi* (tez). İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. Dahiliye Kliniği Uzmanlık Tezi; 2006
40. Küçük M. *Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kaliteleri, Hasta Özellikleri ve Hemşirelik Hizmetleri İle İlgili Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* (tez). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksekisans Tezi; 2008

41. Kaymak DA. *Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi* (tez). Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı; 2012
42. Eryavuz N. *Hemodiyaliz Ve Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması* (tez). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2007
43. Ocak A. *Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında İnfeksiyöz Komplikasyonlar ve Nedenleri Retrospektif Çalışma* (tez). Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2006
44. Karataş Y. *Diyaliz Hastalarında Periodontal Durum İlişkisini Araştıran Anket Çalışması* (tez). Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Bitirme Tezi; 2015
45. Yatkin I. *Renal Transplantasyon Hastalarında ve Vericilerde Transplantasyon Öncesi ve Sonrasında Depresyon, Anksiyete Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek* (tez). Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Uzmanlık Tezi; 2009
46. Yetişkin Ş. *Hemodiyaliz Hastalarının Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi* (tez). İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi; 2008
47. Yerköy Ateş A. *Transplantasyon Uygulanan Hastalarda Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi* (tez). İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2012
48. Canver B. *Tübüler Atrofi ve İnterstisyel Fibrozisi Olan Böbrek Nakilli Olgularda Risk Faktörlerinin Belirlenmesi* (tez). Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2011
49. Beqiraj J. *Böbrek Nakilli Hastalarda Sirolimus ve Takrolimusun Proteinüri ve Kreatinin Klirensi Üzerine Olan Etkileri* (tez). Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Dahiliye Kliniği Uzmanlık Tezi; 2008
50. Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. “Hemodiyalize Giren ve Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Ruhsal Sorunlar, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum” *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006; 17(1): 22-31
51. Karabulutlu E, Okanlı A. “Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 14(4): 25



52. Gönenli S. “*Periton Diyalizi Hastalarında Depresyon ve Anksiyetenin Yaygınlığı ile Mortalite ve Morbidite Üzerine Etkileri* (tez). Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Uzmanlık tezi; 2008
53. Cilan H, Oymak O, Turan T, Yıldız B, Candan Z, Utaş C. “Hemodiyaliz Ünitesinde Diyaliz Tedavisi Gören Hastalarda Beslenme Durumu ve Depresif Bozukluk”, *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*, 2009, 31(3):237-243
54. Dadalı Z. *Hemodiyaliz ve Prediyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması* (tez). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi; 2009
55. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. “Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003, 14(1): 73-74
56. Berber K. *Akciğer Kanseri Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik Sorunları Arasındaki İlişki* (tez). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2014
57. Kardeş Özdemir F, Akgün Şahin Z, Küçük D. “Kanserli Çocuğu Olan Annelerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi”, *Yeni Tıp Dergisi*, 2009, 26: 153-158
58. Akyıl Ş, Akova T, Yeşil Duymuş Z, Kürklü D, Karabulutlu Yılmaz E. “Tam Protez Hastalarında Aileden Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Baş etme Stratejilerinin Protez Memnuniyetine Etkisinin İncelenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2008, 18(1): 1-7
59. Özbey S. “Eşlerin Algıladıkları Sosyal Desteğin Ailenin Bazı Özellikleri ile İlişkisinin İncelenmesi” *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD)*, 2012, 3(1): 167-181
60. Aras A, Tel H. “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi” *Tur Toraks Dergisi*, 2009, 10(2): 63-67
61. Ardahan M. “Sosyal Destek ve Hemşirelik” *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9(2): 68-74
62. Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D, “Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler” *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale. Hemşirelik Dergisi*, 2010, 18(2): 87-97

63. Korkmaz T, Tel H. “Koah’lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi” *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 13(2): 83-85
64. Dansuk R, Ağargün M, Kars B, Pars Ağargün H, Turan C, Ünal O. “Jinekolojik Kanserli Hastaların Psikososyal Özelliklerinin Değerlendirilmesi” *Jinekoloji ve Obstetrik Türkiye Klinikleri Dergisi*, 2002, 12(2): 142-147
65. Atik D, Atik C, Asaf R, Çınar S. “Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Sosyal Görünüş Kaygısına Etkisi” *Medicine Science*, 2015, 4(2): 2211-2221
66. Bayramova N, Karadakovan A. (2004) “Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Umutsuzluk Durumlarının İncelenmesi” *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004, 7(2): 39-47
67. Evgin D, Erdem E, Bayat M, Poyrazoğlu H.M, Dursun J. “Periton Diyalizi Uygulanan Çocukların ve Annelerinin Yaşadıkları Güçlükler” *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013; 22(1): 8-14
68. Güner B. *Renal Transplantasyon Sonrası Komplikasyonların Tanı ve Tedavisinde Girişimsel Radyoloji* (tez). Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2010
69. Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö. “Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi İle Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirilmesi” *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2003; 12(2): 113-116
70. Eskin M. “Reliability of the Turkish version of the Perceived Social Support from Friends and Family Scales, Scale for Interpersonal Behavior, and the Suicide Probability Scale” *Journal of Clinical Psychology*, 1993; 49: 515-522.
71. Sözüdoğru NA, Cangel U, Eryüksel B, Beşirli K, Kavak MK, Çoşkun H. “Hemodializ Amacıyla Yapılan Arteriovenöz Fistüllerin Kısa ve Uzun dönem Sonuçları: Retrospektif Klinik Çalışma” *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 1999; 7: 135-139
72. Kenan A. “Dünyada ve Türkiye’de Nefroloji Eğitimi” *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2007;3(38):115-20

## **EKLER**

### **EK-1: ANKET FORMU (Sosyo-Demografik Veri Formu)**

**Sayın Katılımcı,**

Bu anket Okan Üniversitesinde yüksek lisans programı çerçevesinde yürütülmekte olan Hemodiyaliz hastalarının algılanan aile desteğini inceleyen bir araştırmaya veri toplamak amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmaya katılma konusunda gönüllü olmanız esastır. Verdiğiniz kişisel bilgi ve yanıtların gizliliği sağlanacak olup, kesinlikle üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Bilgileriniz yalnız araştırma için kullanılacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

**Danışman Bilgileri**

Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN

**Okan Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Hemşirelik Yüksek Lisans Programı**

Gözde SEVİNDİK

## Sosyo-Demografik Veri Formu

### 1. Yaşınız?

### 2. Cinsiyet

- a) erkek      b) kadın

### 3. Medeni Durumunuz?

- a) Evli  
b) Bekar  
c) Eşinden ayrı yaşıyor  
e) Dul

### 4. Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?

- a) Yalnız  
b) Eşinizle  
c) Eş ve çocuklar  
d) Anne ve baba

### 5. Eğitim düzeyiniz?

- a) İlköğretim  
b) Lise  
c) Yüksek okul veya üniversite  
d) Diğer....

### 6. Çocuğunuz var mı?

- a) Yok  
b) 1  
c) 2  
d) 3

**7. Őu an yaşadığınız yer?**

- a) Köy
- b) Kasaba
- c) Şehir
- d) Diğer.....belirtiniz

**8. Gelir düzeyiniz nedir?**

- a) 500 TL'nin altında
- b) 500 ile 1000 TL arasında
- c) 1000-1500 TL arası
- d) 2000 TL ve üzeri

**9. alıŐıyord musunuz?**

- a) Evet
- b) Hayır

**10. Meslekte alıŐtıđınız süre nedir?**

- a) 1 yıldan az
- b) 2-5 yıl arası
- c) 6-9 yıl
- d) 10 yıl ve zeri

**11. Hastalığınızın aile iliŐkilerinizi etkilediğini düŐünüyor musunuz?**

- a) Evet
- b) Hayır

**12. Ailenizin size destek olduğunu hissediyor musunuz ?**

- a) Evet
- b) Hayır

**13. Ailenizden, akrabalarınızdan gördüğünüz desteğin hastalığınız üzerinde olumlu yönde etkisi olduğuna inanıyor musunuz?**

- a) Evet
- b) Hayır

**14. Beraber yaşadığınız aileniz dışında desteğini aldığınız kişiler var mı ?**

- a) Evet
- b) Hayır

**15. 14. sorunun cevabı evet ise kimler?**

Lütfen belirtiniz.....

**16. Aile bireylerinizle iletişim kurarken zorlanıyor musunuz?**

- a) Evet
- b) Hayır

**17. Yaşadığınız sorunları ailenizle paylaşıyor musunuz?**

- a) Evet
- b) Hayır

**TEŞEKKÜR EDERİM**

EK-2 :

**ALGILANAN AİLE DESTEĞİ ÖLÇEĞİ**  
( PSS – Fa )

Aşağıda insanların aileleri ile ilişkileri sırasında yaşadıkları ve hissettikleri duygulara ilişkin ifadeler vardır. Amacımız, her ifadenin size ne kadar uyduğunu öğrenmektir. Her cümle ile ilgili üç seçenek vardır: Evet, Kısmen ve Hayır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup cevap kağıdın da size en çok uyan seçeneğin altındaki parantezin içini ( X ) şeklinde işaretleyin.

**1- Ailem ve akrabalarım gerektiğinde bana manen destek olurlar.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**2- Nasıl davranacağım ya da ne yapacağım konusunda ailemin fertlerinden yararlı fikirler alırım.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**3- İnsanların çoğu ailelerine, benim kendi aileme olduğundan daha yakındır.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**4- En yakın aile fertlerime derdimi açtığımda, bunun onları rahatsız ettiğini düşünürüm.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**5- Ailemdeki kişiler düşüncelerimi duymaktan hoşlanırlar.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**6- Ailem özel işlerimin çoğunu paylaşır.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**7- Ailemden bazı kişiler sorunları olduğunda ya da öğüde ihtiyaç duyduklarında bana gelirler.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**8- Ailemin sevgi ve yakınlığına güvenirim.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**9- Kendimi kötü hissettiğimde, arayabileceğim ve daha sonra bundan pişmanlık duymayacağım bir akrabam var.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**10- Ailem ve ben düşündüklerimizi birbirimize açıkça söyleriz.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**11- Ailem kişisel isteklerimi anlayışla karşılar.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**12- Ailemdeki kişiler sevgi ve yakınlığa ihtiyaç duyduklarında beni ararlar.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**13- Sorunlarımı çözmede ailemin yardımını görürüm.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**14- Ailemden birkaç kişiyle pek çok sorunumu paylaşıyorum.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )



**15- Ailedeki kişiler, nasıl davranacakları ya da bazı şeyleri nasıl yapacakları konusunda benim fikirlerimden yararlanırlar.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**16- Aileme sırlarımı açtığımda kendimi huzursuz hissederim.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**17- Ailedeki kişiler, canları sıkıldığında beni ararlar.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**18- Aile fertlerimin, sorunlarını çözmeye kendilerine oldukça yardımcı olduğumu, düşündüklerini hissediyorum.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**19- Başka insanların aksine, benim, ailemden hiçbir kişiyle aramda fazla yakın ilişki yoktur.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

**20- Daha farklı bir ailem olmasını isterdim.**

Evet( )                      kısmen( )                      hayır( )

## ALGILANAN AİLE DESTEĞİ ÖLÇEĞİ

### CEVAP KAĞIDI

Adı soyadı:.....

Tarih:...../...../.....

Soru	EVET	HAYIR	KISMEN		Soru	EVET	HAYIR	KISMEN
1	(2)	(0)	(1)		11	(2)	(0)	(1)
2	(2)	(0)	(1)		12	(2)	(0)	(1)
3	(0)	(2)	(1)		13	(2)	(0)	(1)
4	(0)	(2)	(1)		14	(2)	(0)	(1)
5	(2)	(0)	(1)		15	(2)	(0)	(1)
6	(2)	(0)	(1)		16	(0)	(2)	(1)
7	(2)	(0)	(1)		17	(2)	(0)	(1)
8	(2)	(0)	(1)		18	(2)	(0)	(1)
9	(2)	(0)	(1)		19	(0)	(2)	(1)
10	(2)	(0)	(1)		20	(0)	(2)	(1)

### **EK-3: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

### **ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

**Proje Başlığı:** “KKTC’de Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Algılanan Aile Desteğinin Belirlenmesi”

**Proje Sahibi ve Araştırmacı:** Gözde SEVİNDİK

Ben, aşağıda imzası bulunan.....yukarıda adı geçen araştırmacıya ait araştırmaya, kendi rızam ile katılmayı uygun ve gerekli gördüğümü belirtirim.

#### **Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

#### **Katılımcı İle Görüşen Araştırmacı**

**Adı Soyadı, Ünvanı:** Gözde SEVİNDİK

**Adres:** Yeşilkent Mahallesi 1953.Sokak- İnovia 2 apart: E4 kapı no: 244 Beylikdüzü İstanbul

**Tel:** 05070415719

**İmza :**

## EK-4: ETİK KURUL ONAYI

Toplantı Sayısı:73

Okan Üniversitesi

Etik Kurulu

“Kurul Kararları”

Toplantı Tarihi: 25.12.2015

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy	(Başkan)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nurdan Okur	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 25.12.2015 tarihinde Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy'un Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

- 1- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden Ayşe AKYILDIZ'IN “Gebelerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum ve Uygulamaları” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 2- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden Ayşe Merve SARI'NIN “Adölesan Dönemdeki Kızlarda Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi ve Görülme Sıklığının Belirlenmesi” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 3- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencilerinden Başak NERGİZ'İN “Solunum Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin İş Analizi” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 4- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden Ceyda KAYGUSUZ'UN “Geleneksel Antep Mutfağından Seçilen Yemeklerin Kalori ve Besin Değerlerinin Hesaplanması ve Düşük Kalorili Yeni Tariflerin Geliştirilmesi” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 5- Üniversitemiz Eğitim Fakültesi — Eğitim Bilimleri Bölümünden Yrd. Doç. Dr. Elif BENGÜ, Yrd. Doç. Dr. Miyoung NAM ve Yrd. Doç. Dr. Sue WANG'IN “Intercultural Communication in the L2 Context” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 6- Üniversitemiz Eğitim Fakültesi — Eğitim Bilimleri Bölümünden Öğr. Gör. Engin BÜYÜKÖKSÜZ'ÜN “Üniversite Öğrencilerinde Kişilik: Kişilik Envanteri Üzerine Boylamsal Bir Çalışma” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 7- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden Fatma ÇETİNDACI'IN “Özel Bir Hastanenin Diyet Polikliniğine Başvuran BKİ> 25 kg/m2 Üzerinde Olan Hastalarda İnsülin Direncini Etkileyen Faktörlerin Araştırılması” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.

Sağlık Bilimleri



- 8- Üniversitemiz Sosyal Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencilerinden **Gözde SEVİNDİK'İN** “KKTC’de Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Algılanan Aile Desteğinin Belirlenmesi” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 9- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **İnci BUNSUZ'UN** “Normal Kilolu, Fazla Kilolu ve Obez Kadınların Duygu Durumlarına, Menstrual Döngü ve Menopoz Dönemlerinde Yeme Eğilimlerinin ve Tercih Ettikleri Besinlerin Değerlendirilmesi” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 10- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Kübra PEKKAN GÖKTUĞ'UN** “İnsülin Direnci Olan Hastaların Yeme Durumunun Beslenme Alışkanlıklarına Göre Değişimi” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 11- Üniversitemiz Eğitim Fakültesi — Eğitim Bilimleri Bölümünden **Mike DULZ'UN** (Erasmus öğrencisi) “How is intercultural communication seen other cultures” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 12- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Hemşirelik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Merve UYSAL'IN** “Adölesan Kız Öğrencilere Dismenore ve Cinsel Mitlere Yönelik Verilen Eğitimin Bilgi Düzeyine Etkisi” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 13- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencilerinden **Songül AKBAŞ GÖKDUMAN'IN**, “Cerrahi Servislerinde Çalışan Hemşirelerin İş Analizi” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 14- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Şerife AYAN'IN** “Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Sessizlik” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 15- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Hemşirelik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Ayşe GÜLDÜR'ÜN** “Gebelik Döneminde Emzirme Eğitimi Alan ve Almayan Annelerin Emzirmeye İlişkin Davranışları ve Emzirme Öz Yeterliliğinin Değerlendirilmesi” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 16- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencilerinden **Ezgi ŞAHİN'İN** “Üniversite Öğrencilerinin Kadına İlişkin Namus Algısı” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 17- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Hemşirelik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Zehra KAPLAN YERAL'IN** “İlk Gebeliği Olan Gebelerin Doğuma Hazır Oluş Durumu ve Doğum Korkusunun Belirlenmesi” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.





- Karar 11.** Üniversitemiz Eğitim Fakültesi — Eğitim Bilimleri Bölümünden Mike DULZ'UN (Erasmus öğrencisi) “How is intercultural communication seen other cultures” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 12.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Hemşirelik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden Merve UYSAL'IN “Adölesan Kız Öğrencilere Dismenore ve Cinsel Mitlere Yönelik Verilen Eğitimin Bilgi Düzeyine Etkisi” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 13.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencilerinden Songül AKBAŞ GÖKDUMAN'IN “Cerrahi Servislerinde Çalışan Hemşirelerin İş Analizi” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 14.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden Şerife AYAN'IN “Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Sessizlik” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 15.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Hemşirelik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden Ayşe GÜLDÜR'ÜN “Gebelik Döneminde Emzirme Eğitimi Alan ve Almayan Annelerin Emzirmeye İlişkin Davranışları ve Emzirme Öz Yeterliliğinin Değerlendirilmesi” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 16.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencilerinden Ezgi ŞAHİN'İN “Üniversite Öğrencilerinin Kadına İlişkin Namus Algısı” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 17.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Hemşirelik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden Zehra KAPLAN YERAL'IN “İlk Gebeliği Olan Gebelerin Doğuma Hazır Oluş Durumu ve Doğum Korkusunun Belirlenmesi” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



# EK-5: KKTC SAĞLIK BAKANLIĞI YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ İZİN BELGESİ



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ**

Sayı. YTK.0.00-1/2013-16 / 309

Lefkoşa : 20.01.2016

**Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Başhekimliği,**  
**Gazimağusa Devlet Hastanesi Başhekimliği,**  
**Dr. Akççek Hastanesi Başhekimliği,**

T.C. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gözde Sevindik, "Kronik Böbrek yetmezliği Olan Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Algılanan Aile Desteği" başlıklı tez çalışmasını 25 Ocak – 05 Şubat tarihleri arasında ekte sunulan anket formları aracılığı ile, çalışmayı kabul eden Hastanenizde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalara uygulaması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

**Dr. Nil ERGÜN ELEDAĞ**  
**Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi**  
**Başhekim**

**Dağıtım:** T.C. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü,  
Sn. Gözde Sevindik,

Eİ.

Adres: Bedreddin Demirel Caddesi No: 142 Lefkoşa.  
Tel: (+90 392) 228 3173, 228 4011, 228 4068 / Faks: (+90 392) 228 4247

## EK-6: İNİHAL RAPORU

23.01.2017 Turnitin Doküman Görüntüleyici

Hemşirelik (Tezli) | Yüksek Lisans Tezleri ve Projeleri - TEŞ... | Roadmap | 1 / 1

Originality | GradeMark | PeerMark | **KUZEY** | turnitin | **%20**  
GÖZDE SEVİNDİK | BENZER

---

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ'NDE**  
**KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN**  
**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN**  
**ALGILANAN AİLE DESTEĞİNİN BELİRLENMESİ**

**Gözde SEVİNDİK**

**Tez Danışmanı**  
**Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN**

**İSTANBUL-2017**

---

Eşleşmeyi Gözden Geçir

1	<a href="http://www.sbedergi.duzce.edu.tr">www.sbedergi.duzce.edu.tr</a> İnternet kaynağı	%1
2	<a href="http://docplayer.biz.tr">docplayer.biz.tr</a> İnternet kaynağı	%1
3	<a href="http://acikerisim.istanbulbilim.edu.tr">acikerisim.istanbulbilim.edu.tr</a> İnternet kaynağı	%1
4	<a href="http://earsiv.atauni.edu.tr">earsiv.atauni.edu.tr</a> İnternet kaynağı	%1
5	<a href="http://e-dergi.atauni.edu.tr">e-dergi.atauni.edu.tr</a> İnternet kaynağı	%1
6	<a href="http://Bahcesehir University">Bahcesehir University</a> ... Öğrenci ödevi	%1

SAYFA: 1 / 50

Salt-Metin Raporu

<https://www.turnitin.com/dv?s=1&o=761649723&u=1021731707&lang=tr&> 1/1