

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**ÇOK BOYUTLU SAĞLIK DENETİM ODAĞI ÖLÇEĞİ C
FORMU: TÜRKİYE GEÇERLİK-GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

Irmak ARSLAN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Rita KRESPI**

İSTANBUL, Ekim 2013

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
İÇİNDEKİLER	ii
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
KISALTMALAR	vii
TABLolar	viii
1. BÖLÜM 1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. TANIMLAR	2
2. BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ	3
2.1.1. Böbreğin Yapısı ve Görevleri	3
2.1.2. İnsidans ve Epidemiyoloji	4
2.1.3. Etiyoloji	4
2.1.4. Belirtiler	5
2.1.5. Komplikasyonlar	6
2.1.6. Tedavi Seçenekleri	6
2.1.6.1. Diyaliz.....	7
2.1.6.1.1. Hemodiyaliz.....	7
2.1.6.1.2. Periton Diyalizi.....	8
2.1.6.2. Böbrek Nakli.....	9
2.1.7. SDBY Hastalarında Diyet	10
2.1.7.1. Potasyum.....	11
2.1.7.2. Fosfor.....	11
2.1.7.3. Albumin, Üre, Kreatinin	11

2.1.7.4. Sıvı Kısıtlamaları	12
2.2. PSİKOLOJİK İYİLİK DURUM	12
2.2.1. Duygusal Sıkıntı.....	12
2.2.1.1. SDBY Hastalarında Depresyon	13
2.2.1.2. SDBY Hastalarında Anksiyete.....	14
2.2.2. Yaşam Kalitesi.....	14
2.3. TEDAVİYE UYUM.....	17
2.4. SAĞLIK DENETİM ODAĞI.....	18
2.4.1. Kavram ve Teoriler	18
2.4.1.1. Sosyal Öğrenme Kuramı	18
2.4.1.2. Kontrol Algısı	19
2.4.1.4. Planlı Davranış Teorisi	21
2.4.1.5. Atıf Kuramı	22
2.4.1.6. Sosyal Bilişsel Teori	23
2.4.2. Denetim Odağının Ölçümü	24
2.4.3. SDO Boyutlarıyla İlgili Araştırma Bulguları.....	27
2.5. TEDAVİYE UYUM, DUYGUSAL SIKINTI, YAŞAM KALİTESİ ve SAĞLIK DENETİM ODAĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ	27
2.5.1. Tedaviye Uyum ve Sağlık Denetim Odağı.....	27
2.5.2. Duygusal Sıkıntı ve Sağlık Denetim Odağı.....	29
2.5.2.1. Depresyon ve Sağlık Denetim Odağı.....	30
2.5.2.2. Anksiyete ve Sağlık Denetim Odağı.....	31
2.5.3. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Denetim Odağı.....	31
2.6. ARAŞTIRMANIN AMACI ve ÖNEMİ	32
2.7. HİPOTEZLER	34
3. BÖLÜM 3. YÖNTEM.....	35
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	35
3.2. ÖRNEKLEM.....	35
3.3. İŞLEM.....	36
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	36
3.4.1. Bilgi Formu	37

3.4.2. Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği- C Formu	37
3.4.3. Kısa Form 36 (Short Form 36; SF36)	38
3.4.4. Genel Sağlık Anketi – 28 (GSA)	39
3.4.5. Diyet ve Sıvı Kısıtlamalarına Uyum	39
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	40
4. BÖLÜM 4. BULGULAR.....	40
4.1. DEMOGRAFİK ve TIBBİ ÖZELLİKLER	40
4.2. ÇBSDO ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİĞİ ve GÜVENİRLİĞİ İLE İLGİLİ BULGULAR	42
5. BÖLÜM 5. TARTIŞMA	48
5.1. HİPOTEZLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	48
5.2. ÖLÇEĞİN GEÇERLİLİĞİNE GENEL BİR BAKIŞ VE ÖNERİLER	52
5.3. KISITLILIKLAR	56
KAYNAKLAR.....	58
EKLER	79
Ek A Bilgilendirilmiş Onam Formu	79
Ek B Bilgi Formu	80
Ek C Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı C Formu	81
Ek D SF-36	83
Ek E Genel Sağlık Anketi-12	88

ÖZET

ÇOK BOYUTLU SAĞLIK DENETİM ODAĞI ÖLÇEĞİ C FORMU: TÜRKİYE GEÇERLİK-GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Bu çalışma, Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği (ÇBSDOÖ) C Formunun geçerlik ve güvenilirliğini Son Dönem Kronik Böbrek Yetmezliği (SDBY) olan Türk bir hasta grubunda incelemeyi amaçlamıştır. Örneklem, 109'u erkek ve 87'si kadın olmak üzere, toplam 196 kişiden oluşmaktadır. Ölçeğin güvenilirliği; iç tutarlılık ve 2 aylık bir test-tekrar test güvenilirliği dikkate alınarak değerlendirilmiş; bu değerlendirmeler de geçerlik, ölçüt ve yapı geçerliği dikkate alınarak incelenmiştir. Ölçüt geçerliğine yönelik hipotezleri test etmek için, hastalar ÇBSDO ölçeği Form C, Kısa Form 36 ve Genel Sağlık Anketi-12'yi doldurmuşlardır. Diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum; diyaliz seansları arası kilo alımı, kan serum üre, potasyum ve kreatinin seviyeleri gibi klinik verilerden faydalanılarak değerlendirilmiştir. Bulgular ölçeğin iç tutarlılığının (İç SDO $\alpha=.82$; Şans SDO $\alpha=.82$; Doktorlar SDO $\alpha=.63$; Güçlü Diğerleri SDO $\alpha=.57$) ve yüksek bir test-tekrar test güvenilirliğinin olduğunu (İç SDO, .88; Şans SDO, .83; Doktorlar SDO, .72; Güçlü Diğerleri SDO, .57) göstermiştir. Ölçüt geçerliği için elde edilen bulgular, hipotezleri kısmi olarak desteklemekte ve geçerlik için kanıt sağlamaktadır. Geçerliği incelemek adına daha çok çalışma gerekmektedir. Yine de, bu ölçeğin SDBY hastalarında sağlık denetim odağının yaşam kalitesi, duygusal iyilik ve uyum gibi sonuç değişkenlerine etkisi incelenirken kullanılabilmesi öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği, hemodiyaliz, sağlık denetim odağı, duygusal sıkıntı, depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi, diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum.

ABSTRACT

MULTIDIMENSIONAL HEALTH LOCUS OF CONTROL SCALE C FORM: TURKISH RELIABILITY AND VALIDITY STUDY

This study aimed to investigate the validity and reliability of the Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) Form C in a Turkish sample of patients with End-Stage Renal Failure (ESRF). The sample consisted of 109 men and 87 women. The reliability of the scale was assessed by paying attention to internal consistency and 2 months test-retest reliability whereas its validity was assessed by paying attention to construct and criterion validities. To determine the criterion validity of the scale, a number of hypotheses concerning the ways in which locus of control were related to quality of life, emotional well-being and adherence to diet and fluid restrictions were tested. To test these hypotheses, patients completed the MHLC-Form C, SF-36 and the General Health Questionnaire-12 (GHQ-12). Adherence to diet and fluid restrictions were assessed through clinical measures including interdialytic weight gain and blood urea, potassium and creatinine levels. The findings showed that the scale was internally consistent (Internal HLOC $\alpha=.82$; Chance HLOC $\alpha=.82$; Doctors HLOC $\alpha=.63$; Powerful Others HLOC $\alpha=.57$) and had high test-retest reliability (Internal HLOC, .88; Chance HLOC, .83; Doctors HLOC, .72; Powerful Others HLOC, .57). The findings for the criterion validity provided partial support for the hypotheses which in turn provided some evidence for the validity of the scale. More studies are needed to further examine the validity of the scale. Nevertheless, it is envisaged that this scale can be used in ESRF patients to examine the effect of locus of control on outcome measures such as quality of life, emotional well-being and adherence.

Keywords: ESRF, haemodialysis, health locus of control, emotional distress, depression, anxiety, quality of life, adherence to diet and fluid restrictions.

KISALTMALAR

KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
GFD	: Glomerüler Filtrasyon Değeri
SAK	: Seanslar Arası Kilo
SDO	: Sağlık Denetim Odağı
İSDO	: İ Sağlık Denetim Odağı
ŞSDO	: Şans Sağlık Denetim Odağı
DğSDO	: Güçlü Diğerleri Sağlık Denetim Odağı
DrSDO	: Doktorlar Sağlık Denetim Odağı
ÇBSDOÖ	: Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği
SF 36	: Kısa Form 36
GSA	: Genel Sağlık Anketi
FF	: Fiziksel Fonksiyon
SF	: Sosyal Fonksiyon
FRK	: Fiziksel Rol Kısıtlaması
ERK	: Emosyonel Rol Kısıtlaması
MS	: Mental Sağlık
GS	: Genel Sağlık

TABLolar

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 3.1. ÇBSDO Ölçeği Puanlama	37
Tablo 3.2. SF-36 Madde Dağılımı ve İçerik	38
Tablo 4.1. Demografik Dağılımlar	41
Tablo 4.2. Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett testi Sonuçları	42
Tablo 4.3. ÇBSDO Ölçeğinin faktör yükleri	43
Tablo 4.4. Çok boyutlu sağlık denetim odağı ölçeği güvenirlilik katsayıları	44
Tablo 4.5. ÇBSDO,GSA, SF-36 ve tedaviye uyum değişkenlerinin dağılımları	45
Tablo 4.6. ÇBSDOÖ, SF36, GSA ve Tedaviye Uyum verileri arasındaki ilişki ..	46
Tablo 4.7. Alternatif GSA puanlarının ÇBSDOÖ açısından karşılaştırılması	47

BÖLÜM 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü, kronik hastalığı “uzun süreli ve genellikle yavaş ilerleyen hastalık” olarak tanımlamaktadır. Çeşitli biyolojik ve çevresel faktörlerin etkisiyle böbreklerin işlevlerini tamamen yitirmesi şeklinde tanımlanan Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) de bu hastalık tanımına uymaktadır. KBY hastaları, alternatif olarak organ nakli mümkün ve başarılı olmadığı sürece, hayatları boyunca diyaliz tedavisi görmek durumundadırlar. Diyaliz tedavisi hemodiyaliz ve periton diyalizi olmak üzere ikiye ayrılır. Hemodiyaliz tedavi seçeneğinden faydalanan hastalar, haftanın 3 günü, 4 saat boyunca hastanelerin hemodiyaliz birimlerine veya özel hemodiyaliz merkezlerine giderek hemodiyaliz makinesine bağlanırlar. Bu duruma ek olarak ciddi yaşam değişikliklerine maruz kalırlar. Diyetleri ve sıvı tüketimleri, hastalıklarından kaynaklı olarak önemli ölçüde değişime uğrar. Olası komplikasyonlar son derece ciddi olabilir ve daimi olarak dikkatli olmak zorunda kalırlar. Hemodiyaliz sırasında ve sonrasında tansiyon düşüklüğü, yorgunluk gibi durumlarla karşılaşabilirler. Bu süreçte gerek hemodiyalizden sorumlu doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık ekibinden; gerekse aileleri ve yakınlarından destek alabilirler.

Bu süreç içerisinde kişinin hastalığının kontrolünü nerede gördüğü oldukça önemlidir. Sağlık durumunu ve kişinin yaşamını kontrol açısından değerlendirme şeklini sağlık denetim odağı belirlemektedir. Kişinin hastalık sebebi ve hastalığının denetimini nerede gördüğü birçok diğer faktörle ilişki içerisindedir. Sağlığının kontrolünü tamamen doktorların elinde gören bir kişiyle, bu kontrolü kendi sorumluluğunda gören kişinin hastalığı yönetme şeklinden, psikolojik açıdan iyi olma haline kadar birçok faktör değişiklik göstermektedir.

Kişinin denetim odağını değerlendirmek amacıyla “sağlık denetim odağı” kavramı ortaya konulmuştur. Sağlık denetim odağı, sadece genellenebilir değil; duruma bağlı olarak da değişiklik gösterebilen bir kavramdır. Bu bakış açısından yola çıkarak Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinin farklı formları geliştirilmiştir (A, B ve C). Ölçeğin A ve B formları, genel popülasyonda bu kavramı ölçmek için uygundur. Öte yandan C formu bir kronik hastalık söz konusu olduğunda sağlık denetim odağını ölçmektedir.

Bu çalışmada, Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği C Formunun güvenilirlik ve geçerliliği Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) tanısı almış bir grup hastada incelenmiştir. Ölçeğin ölçüt geçerliğini incelemek amacıyla hastaların sağlık denetim odaklarının yaşam kalitesi, tedaviye uyumla ve duygusal sıkıntıyla ilişkisi incelenmiştir.

Birçok çalışma hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi, tedaviye uyum, duygusal sıkıntı ve sağlık denetim odağı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sağlık denetim odağının alt boyutları ve bu değişkenler arasında anlamlı ilişkiler görülmektedir. İlişkinin doğası ve yönü konusunda farklı kanılar söz konusu olmakla birlikte, mevcut çalışmanın amacını destekleyecek derecede yazında bulgu bulunmaktadır.

Özgül bir hastalığa sahip gruplara yönelik olarak geliştirilmiş C Formu, bu hasta grubunun ve diğer kronik hastalığı olan hasta gruplarının sağlık denetim odağı değerlendirmeleri için geliştirilmiştir. Bu açıdan, bu adaptasyon çalışmasının kronik hastalığa sahip kişilerle yapılacak gelecek çalışmalara katkıda bulunması öngörülmektedir.

1.1. TANIMLAR

Bu çalışmada sıklıkla yer alan bazı terimlerin tanımları aşağıdaki gibidir.

Denetim odağı: Kişilerin hayatlarındaki olayların sebeplerini araştırırken, kontrolün dış kaynaklı ya da kendilerinde olduğuna dair genel inançlarıdır (Rotter, 1966).

Sağlık denetim odağı: Kişinin sağlığıyla ilgili konularda kontrolün kaynağına yönelik atıflarıdır.

İç sağlık denetim odağı: Kişinin sağlık kontrolünün doğrudan kendi davranışlarına bağlı olduğuna dair inancıdır (Wallston ve Wallston, 1981).

Dış sağlık denetim odağı: Kişinin sağlığının kontrolünü kader, şans, üstün güçler veya diğerleri gibi dış mekanizmalara bağladığını ifade eden denetim odağı biçimidir (Üstündağ-Budak, 1999).

Tedaviye uyum: Hemodiyaliz hastaları için, sağlık personelinin diyet, sıvı kısıtlamaları, ilaç, hemodiyaliz seans devamlılığı gibi konuları kapsayan alanlardaki tavsiyeleriyle işbirliği içinde olmasıdır.

Diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum: SDBY hastalarının, dikkat etmeleri gereken yiyecek ve içecek kısıtlamalarına ne kadar uyduklarını ifade etmektedir.

Duygusal sıkıntı: Depresyon, anksiyete, öfke gibi birçok psikolojik sorunu kapsayan, bu tür semptomları çatısı altında toplayan bir bütündür (Tschann vd., 2005).

Sağlık yaşam kalitesi: Kişinin fiziksel, duygusal ve sosyal sağlık açısından yaşamını değerlendirir şeklidir (Üstündağ vd., 2007).

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ

Kronik fiziksel hastalık; genel anlamda uzun süreli, yavaş ilerleyen, iyileşmeyen ancak tıbbi tedavi aracılığıyla belirtileri kontrol edilebilen bir hastalıktır. Tedavisi yaşam tarzında değişiklikler gerektirdiği gibi hasta ilaç ve/veya tıbbi prosedürlere bağımlı olma durumundadır (Baydoğan ve Dağ, 2008). Kronik böbrek yetmezliği (KBY), böbreklerin kandaki fazla sıvı ve toksinleri yeterli derecede süzememesidir. Böbreğin sıvı-tuz dengesini ayarlayamaması sonucu, dolaşım sistemi, sindirim sistemi, nörolojik, immünolojik (bağışıklık), hematolojik ve endokrin (hormonal) sistemlerde bozukluklar görülmeye başlanır (Yetişkin, 2008). Zararlı maddelerin atılımı ve tuz dengesi, kan basıncı kontrolü, kemiklerin sağlamlığı ve kırmızı kan hücrelerinin yapımı gibi işlevlerde aksamalar meydana gelmeye başlar (Arık ve Dilek, 2010).

Böbreklerin süzme oranı, glomerüler filtrasyon değeriyle (GFD) ölçülmektedir. Hastalığın evreleri derecelendirilirken bu değer esas alınmaktadır. Sağlıklı bir bireyde GFD, 90 ml/dakikanın üzerindedir (Arık ve Dilek, 2010). Birçok hasta için bu durum gittikçe ilerleyen ve son evrede böbreklerin hayati tehlike yaratacak derecede işlevini yitirdiği bir hal alır (Cvengros vd., 2005). Hastalığın erken evresinde böbreklerin süzme oranında bir azalma görülmeye başlanır. Bu evrede, GFD, 80-50 ml/dk aralığındadır (Ayköse, 2006). Orta derece diye de adlandırılan, böbrek yetersizliği evresinde GFD, 50-25 ml/dk'dır. Bu değer 25 ml/dakikanın altına düştüğünde Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı konulur (Arık ve Dilek, 2010). GFD, 5-10 ml/dakikaya indiğinde ise SDBY teşhis edilmiş olur (Yetişkin, 2008). Bu aşamada, tedaviye cevap alınamaması sonucu böbrekler tamamen işlevini yitirmiş olur (Kallay vd., 2009).

2.1.1. Böbreğin Yapısı ve Görevleri

Böbrekler, omurganın iki yanında bulunan, fasulyeye benzer şekilli ve boyutları insan vücut yapısına göre değişiklik gösteren (genellikle 11-12 cm uzunlukta, 5-7 cm genişlikte ve 2,5-3 cm kalınlıkta) organlardır. Böbrekte, kanı süzerek zararlı ve artık ürünleri atmaya sağlayan nefron adında küçük yapılar mevcuttur. Her bir böbrekte yaklaşık bir milyon tane nefron bulunmaktadır. Kan, böbreğe glomerül denen damar ağı sayesinde ulaşır. Burada kan

süzülür ve idrar oluşur. Daha sonra, idrar tubül adı verilen kılcal idrar borucuklarından geçerek son şeklini alır. Üreter adlı idrar borucuğu sayesinde idrar torbasına ulaşır ve idrar yolundan dışarı atılır.

Böbreğin görevleri:

- Vücudun su dengesini sağlamak,
- Vücudun tuz dengesini sağlamak,
- Vücutta oluşan çeşitli zararlı ve atık maddeleri uzaklaştırmak,
- İlaçlar ve çeşitli zararlı maddeler ve onların vücutta yakılması sonucu meydana gelen atık ürünleri vücuttan atmak,
- Kan basıncının (tansiyonun) kontrolü,
- Çeşitli hormonları salgılamak [eritropoetin (alyuvar iletişimden sorumlu bir hormon), D vitamini gibi],
- Çeşitli hormonların ve proteinlerin yıkımı şeklinde sıralanabilir (Arık ve Dilek, 2010).

2.1.2. İnsidans ve Epidemiyoloji

SDBY, görülme sıklığı hızla artmakta olan bir hastalıktır (Ayköse, 2006). Dünyada her yıl SDBY teşhisi alan kişi sayısı 1 milyonda 50-250'dir (Colodonato vd., 2002; Hsu vd., 2002). Türkiye'ye bakıldığında, görülme sıklığı kesin olarak bilinmemekle birlikte, benzer bir oranda (390/1,000,000) SDBY tanısı konulmakta ve bu da yılda ortalama 15000 tanıya denk gelmektedir (Ayköse, 2006; Erek vd., 2006). Hastalığın 1-4. evrelerinin görülme sıklığının, SDBY'den 100 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Colodonato vd., 2002; Hsu vd., 2002).

Türk Nefroloji Derneğinin verilerine göre Türkiye'de yaklaşık 60,000 diyaliz hastası bulunmaktadır ve gelecek beş yılda bu sayının 115,000'e çıkacağı öngörülmektedir (Tanrıverdi vd., 2010). Ülkemizde milyon nüfus başına 390 SDBY hastasının bulunduğu belirlenmiştir (Erek vd., 2006).

2.1.3. Etiyoloji

Dünyada SDBY hastalığına sebep veren faktörler; diyabet, hipertansiyon, glomerülonefritler (böbrekteki kılcal damar yumaklarında iltihaplanma) başta olmak üzere (Ayköse, 2006), ürolojik rahatsızlıklar, böbreğin kistik hastalıkları ve amiloidoz (amiloid adı

verilen proteinlerin başta böbrekler olmak üzere vücutta birikmesi sonucu gelişen bir hastalık) olarak sıralanabilir (Arık ve Dilek, 2010). Riskin en yüksek olduğu kişiler, diyabet ve hipertansiyonu olan hastalardır (Çapoğlu, 2008). Sosyodemografik olarak; 60 yaş üstü olmak, ırk, düşük gelir/eğitim düzeyi, kimyasal/çevresel etkenlere maruz kalma gibi faktörler risk sebebi olarak sıralanabilir (Kızılcık, 2009). SDBY, birçok nedenle gelişebilir.

Bu nedenlerin sıklığı ülkelere göre değişmektedir. ABD’de SDBY’nin % 39’unu diyabet, % 26’sını hipertansiyon ve % 11’ini glomerulonefrit oluşturmaktadır. Türkiye’deki nedenler ile ilgili en sağlıklı veriler Türkiye Nefroloji Derneği tarafından elde edilmektedir (Ayköse, 2006). Nefroloji Derneğinin 2003 yılı verilerine göre Türkiye’de SDBY teşhisi almış bireylerin %22.8’i diyabetik nefropati (diyabete bağlı gelişen böbrek sorunları), %16.7’si hipertansif nefroskleroz (hipertansiyona bağlı oluşmuş böbrek sertliği), %15.9’ü kronik glomerüler hastalık, %9.2’si ürolojik hastalıklar (taş, vb), %5.9’ü kronik interstisyel nefrit (böbrek tübülleri arasındaki boşlukların iltihaplanması), %4.2’si renal amiloidoz (böbrekte amiloid adlı protein tutulumu) başlangıçlıdır ve % 18.2’lik bir grubun hastalık sebebi tespit edilememektedir (Erek vd., 2006). 2006’da bu dağılım %28,9 diyabetik nefropati, %23,3 hipertansif nefroskleroz, %6.6 kronik glomerüler hastalık, %6.1 ürolojik hastalıklar, % 5.3 polikistik böbrek hastalığı, %3.9 pyelonefrit (böbrek enfeksiyonu), % 2.2 renal amiloidoz, %0.9 renal vasküler hastalık (böbreğin damarsal hastalığı), %4.7 diğer nedenler ve %2.9 bilinmeyen nedenler şeklindedir (Kızılcık, 2009).

Çocuklarda görülme nedenlerinin başında VUR (vezikoüreteral reflü – mesanedeki idrarın üreterlere ve böbreğe geri kaçması) hastalığı ve primer glomerüler hastalıklar gelmektedir (Süleymanlar, 2007). Genel olarak, etiyolojide birçok hastalık bulunsa da altta yatan temel neden sıklıkla diyabet, hipertansiyon ve glomerulonefritlerdir (Ayköse, 2006).

2.1.4. Belirtiler

Böbrek yetersizliği olan bir kişide;

- üç aydan uzun süren *azotemi* (kanda azot bulunması hali),
- uzun süreli *üremik* (böbrek yetmezliği sonucu ortaya çıkan yüksek üre) belirti ve bulgular,
- *renal osteodistrofi* (kemik dokusu bozukluğu) belirti ve bulguları,
- anemi (kansızlık) ve buna bağlı halsizlik,
- hiperfosfatemi (kanda fosfor miktarının artması),

- hipokalsemi (kandaki kalsiyum miktarının 4.mg/dl'nin altına düşmesi),
- mikroskopik idrar incelemesinde geniş *silendirler* (protein, kümelenmiş hücre ve hücre atıklarından oluşan birikinti) ve
- radyolojik incelemelerde iki tarafta da gözlemlenen küçük böbrekler kronik hastalık göstergeleridir (Ayköse, 2006).

Hastalık ilerledikçe halsizlik, iştahsızlık, kan basıncında yükselme, yüzde veya bacaklarda şişlik ve gece idrara kalkma gibi belirtiler görülür (Arık ve Dilek, 2010).

2.1.5. Komplikasyonlar

Kronik böbrek yetmezliğinden etkilenmeyen organ veya sistem hemen hemen yoktur (Utaş ve Akpolat, 2001). SDBY'de sıvı-tuz dengesinin ayarlanamaması, metabolik ve endokrin fonksiyonların yerine getirilememesi, vücuttaki tüm sistemleri etkiler ve birçok komplikasyona yol açar. Yorgunluk, uyku bozukluğu, psikoz, mide-barsak rahatsızlıkları, periferik nöropati (periferik sinir hastalıkları), göz, kardiyovasküler, hematolojik ve nörolojik bozukluklar bunlardan bazılarıdır. Endokrin olarak da hiperparatiroidizm (paratiroid bezlerinin aşırı çalışması), infertilite (kısırlık) ve cinsel bozukluk gibi birçok bozukluğa sebep olur (Kızılcık, 2009; Ayköse, 2006). Bunun dışında, seçilen tedavi yöntemine bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonlar vardır (örn. Hemodiyalize bağlı gelişen diyaliz dengesizlik sendromu; alerjik reaksiyonlar; peritona bağlı gelişen karın zarı iltihabı (peritonit) gibi).

2.1.6. Tedavi Seçenekleri

Öncelikli olarak, diyaliz tedavisini geciktirecek önlemler ve tedaviler uygulanır. Hastalığın ilerlediği evrede, böbreğin işlev kaybıyla birlikte ortaya çıkan sorunları azaltmak için ilaç tedavileri uygulanır. Bu önlem ve tedavilerden bazıları; renin anjiyotensin sistemini (kan basıncı ve sıvı dengesini düzenleyen hormonal sistem) baskılayan tansiyon ilaçları kullanımı, idrarla atılan protein miktarının azaltılması, diyetle alınan protein miktarının kısıtlanması, kan basıncı kontrolü, şişmanlığın tedavisi, sigaranın bırakılması ve kan yağlarındaki bozukluğun tedavisidir (Arık ve Dilek, 2010).

Hastalık son evreye geldiğinde artık SDBY tedavi seçenekleri ele alınmaktadır (Ayköse, 2006; Yetişkin, 2008). Bu aşamada kişi, böbrek nakli ya da diyaliz tedavisi seçeneğine gider (Kuzeyli Yıldırım ve Fadıloğlu, 2005). Türk Nefroloji Derneği'ne göre 2005 yılı itibarıyla %78.3 oranla en yaygın tercih edilen tedavi türü olan hemodiyalizi, %11.2'yle

böbrek nakli izlemektedir. Periton diyalizi ise %10.5 oranında tercih edilmektedir (Erek vd., 2006).

2.1.6.1. Diyaliz

Diyaliz, yarı geçirgen bir zar aracılığıyla hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-solid değişimini esas alan bir tedavi şeklidir (Yetişkin, 2008). Diyaliz tedavisi, hemodiyaliz ve periton (karın) diyalizi olarak ikiye ayrılır. Seçilecek tedavi farklı değişkenlere bağlı olmakla birlikte bazı durumlarda bir zorunluluk olabilir. Örneğin, çocuk hastalarda, ciddi kalp-damar hastalığı olan kişilerde, damar yolu açma zorluğu olan hastalarda periton diyalizi tercih edilmektedir (Arık ve Dilek, 2010).

2.1.6.1.1. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz süreci, kişinin haftada 3 defa hastaneye veya diyaliz merkezine gelip 4 saat boyunca sağlık personeli eşliğinde hemodiyaliz makinesine bağlı kalması gibi bir tıbbi işlemde gerçekleşir. Diyaliz işleminde hemodiyaliz makinesi aracılığıyla, hastanın kanı, diyaliz sıvısı ve su ile birlikte kişinin damar yoluna açılan bir katater yardımıyla makineye pompalanıp bir filtreden geçmektedir. Bu işlem sırasında üre, kreatinin ve ürik asit gibi vücut atıkları denge sağlanana kadar diyaliz sıvısına geçmektedir. Protein ve kan hücreleri gibi daha büyük moleküller ise geçmemektedir. Bu şekilde temizlenen kan tekrar vücuda pompalanırken kirlenen diyaliz sıvısı makineden dışarı atılmaktadır (Çapoğlu, 2008). Özetle, makine böbreklerin görevini devralarak, kişinin kanını süzmekte ve vücuda geri vermektedir.

En çok kullanılan tedavi türü hemodiyalizdir (Kara, 2007; Arık ve Dilek, 2010). Türkiye'deki SDBY olan kişilerin %79 gibi bir oranı, hemodiyaliz tedavisi görmektedir (Kara vd., 2007). Türkiye'de 510 aktif hemodiyaliz ünitesi bulunan merkez vardır (Çapoğlu, 2008).

Bu tedavi şeklinin avantajları arasında hastanın hemodiyaliz seansları dışında kalan zamanlarda serbest olması; obezite olasılığının daha düşük olması; düşük malnütrisyon (kötü beslenme) riski; düşük hastaneye yatış gerekliliği; karına ait komplikasyonların görülmemesi sayılabilir (Güney, 2007). Hemodiyalizin özellikle tercih edileceği durumlar; abdominal herni (karın duvarı aracılığıyla gelişmiş fitik), geçirilmiş karın ameliyatı, ostomiler (cerrahi yolla bir organın açılması), hijyen sorunları, demans ve ciddi fiziksel sınırlılıkların varlığıdır (Güney, 2007).

Öte yandan, hemodiyaliz rahatsızlık, acı ve komplikasyonlara neden olduğu için hastalar tarafından zorlayıcı bulunabilmektedir (Mollaoğlu ve Bağ, 2009). Hemodiyalizin komplikasyonları, sık rastlanan ve daha az rastlanan fakat ciddi olan komplikasyonlar olmak üzere ikiye ayrılır. Hemodiyaliz sırasında sıklıkla gelişebilecek komplikasyonlar: Hipotansiyon, kramplar, bulantı ve kusma, karın ağrısı, baş ağrısı, göğüs ve sırt ağrısı, kaşıntı, titreme, ateş ve huzursuz bacak sendromudur.

Daha az rastlanan fakat ciddi komplikasyonlar arasında:

- disequilibrium (diyaliz dengesizlik) sendromu (kan üre ve azotu düzeylerinin hızla düşmesi),
- anafilaktik (alerjik) reaksiyonlar,
- aritmiler (ritim bozuklukları),
- kalp tamponadı (kalp dış sıvısının artarak kalbe basınç uygulaması),
- intrakranial kanama (kafa içi-beyin kanaması),
- konvülziyonlar (nöbetler),
- hemoliz (alyuvarların büyük boyutlarda yıkımı),
- hava embolisi (kan damarları içerisine hava girerek hayati organlara ilerlemesi),
- hipoksemi (kandaki oksijen oranının düşmesi),
- anemi (kansızlık) ve
- bayılmalar sayılabilir (Arık ve Dilek, 2010; Baktıroğlu, 2010; Ayköse, 2006).

2.1.6.1.2. Periton Diyalizi

SDBY hastalarında böbrek fonksiyonlarının kesintisiz olarak, doğal bir membranla herhangi bir kuvvete veya alete gerek duyulmadan yerine koyma düşüncesinden periton diyalizi geliştirilmiştir. Periton diyalizi, hastanın evinde uygulanmaktadır. Hemodiyalizle aralarındaki temel fark; hemodiyalizde kişinin kanı makine yardımıyla temizlenirken, peritonda kişinin karın zarının kullanılmasıdır. Böbreğin yerine getiremediği süzme işlemi periton zarıyla yapılmaktadır. Periton zarı, karın boşluğunda bulunan ve iç organları çevreleyen ince bir zardır (Çapoğlu, 2008). Periton boşluğuna yerleştirilen katater sayesinde diyaliz solüsyonu bu boşlukta bekletilir. Genel olarak günde 4 kez, her gün uygulanır (Yetişkin, 2008). Peritonun farklı türleri vardır. Bunlar; sürekli ayaktan periton diyalizi, aralıklı periton diyalizi, sürekli siklik periton diyalizi, gece periton diyalizi ve tidal periton diyalizidir (Yetişkin, 2008). Sürekli ayaktan periton diyalizi; peritonda sürekli olarak diyaliz

sıvısı (diyalizat) bulunmasını gerektirir. Kişi, düzenli olarak günde 3 veya 4 defa sıvıyı boşaltıp yeniden doldurur. Sürekli siklik (devamlı devirli) periton diyalizi, gece boyunca bir makine sayesinde 3 veya 5 sıvı değişimini takiben gündüz 14 saat boyunca periton boşluğunda diyalizat bırakılması şeklindedir. Gece periton diyalizinde, makine aracılığıyla gece boyunca 20-60 dakika süren 8-10 değişim gerçekleşir. Tidal periton diyalizinde ise, diyaliz sıvısı hiçbir zaman tamamen boşaltılmaz; belli bir miktar sıvı her zaman peritonda kalır. Bir miktar sıvı, makine aracılığıyla verildikten bir süre sonra alınır (Utaş ve Akpolat, 2001). Hem hastanın sosyal şartlarına uygun hem de periton diyalizinin *solüt klirensini* (çözeltilerin kanı arındırma yetisini) ve ultrafiltrasyon transferini en yükseğe çıkaracak olan bir periton diyaliz yöntemi seçilir (Ayköse, 2006).

Periton diyalizinde enfeksiyon riskinin çok yüksek olması önemli bir dezavantajdır. Karın zarı iltihabı olarak da bilinen bu duruma “peritonit” denir. Kişi, gerekli sterilizasyonu sağlamaktan sorumludur. Ayrıca, fitik oluşumu, katater çevresi ve karında sızıntı, cinsel bölgede şişlik, akciğerde su birikimi ve sırt ağrısı gibi sorunlarla karşılaşılabilir (Arık ve Dilek, 2010).

2.1.6.2. Böbrek Nakli

Böbrek nakli, canlı veya beyin ölümü gerçekleşmiş bir donörden sağlıklı bir böbreğin cerrahi bir müdahaleyle alınarak böbrekleri işlev görmeyen bir kişiye yerleştirilmesidir (Hsu vd., 2011). Ameliyat sonrası kişi ortalama beş gün hastanede kalır. Bağışıklık sisteminin yeni böbreği reddetme ihtimaline karşın, bağışıklık sistemini baskılayıcı (immunosuppressive) veya reddetmeyi engelleyici (*anti-rejection*) ilaçlar reçete edilir (Kuo vd., 1979).

Bazı araştırmalar, böbrek naklinin bağımlılığı azaltan, sosyal, ekonomik ve psikolojik alanlarda iyileşmeye sebep veren, yaşam kalitesini arttıran bir tedavi seçeneği olduğunu ileri sürmektedir (Arık ve Dilek, 2010; Garcia vd., 2012). Diyaliz tedavisinin sebep olduğu kalp, akciğer, mide-barsak sistemleri sorunları, psikolojik ve cinsel sorunlar, tedavinin aldığı fazla zaman gibi sorunlardan ötürü, birçok kişi böbrek nakli seçeneğine başvurmaktadır. Öte yandan her aday böbrek nakli için uygun değildir.

- Düzelebilir böbrek hastalığı;
- Kontrol altına alınmamış, devam eden enfeksiyon;
- Kontrol altına alınmamış kronik enfeksiyon (tüberküloz, kemik iltihabı gibi);
- Halen süren veya yakın zamanda geçirilmiş kanser hastalığı;

- Kontrol altına alınamamış glomerulonefrit;
- Böbrek dışında ilerlemiş hastalıkların varlığı (tedavisi mümkün olmayan koroner arter hastalığı, kalbin pompalama işlevinin ileri derecede bozulduğu hastalıklar, tedavisi mümkün olmayan çok ciddi beyin veya ekstremitte damar hastalığı);
- Devam eden ilaç/uyuşturucu bağımlılığı;
- Tedavi uyumu düşük, düzenli kontrolleri aksatan hastalar;
- Kontrol altında olmayan psikiyatrik hastalıklar gibi faktörler böbrek nakli

olasılığını etkilemektedir (Arık ve Dilek, 2010). Bu faktörler dışında, bazı olgularda nakil öncesi psikolojik bir değerlendirme de yapılmaktadır. Bu değerlendirmede bakılan belli başlı unsurlar: (a) bilgilendirilmiş onam, (b) nakil için motivasyon, (c) kısıtlılıklar hakkında bilgi, (ç) bilişsel işlevsellik, (d) tedaviye uyum düzeyi, (e) belirli sağlık davranışları, (f) başa çıkma stratejileri, (g) sosyal ve duygusal destek, (h) yaşam kalitesi, (ı) madde kullanımı, (i) psikiyatrik bozukluk geçmişi, vb. (Olbrisch vd., 2001; Rodrigue vd., 2001; akt. Kallay vd., 2009).

2.1.7. SDBY Hastalarında Diyet

Kronik hastalığı olan kişilerin hastalık sürecini kontrol etmeleri için ciddi yaşam tarzı değişiklikleri yapmaları gerekmektedir. SDBY olan bir bireyin yapması gereken önemli yaşam değişikliklerinden biri de yeme içme alışkanlıklarına yönelik değişimdir. Kişinin günlük diyet seçimleri hastalık üzerinde doğrudan etkileşimlere sebep olabilmektedir. Bu tür etkileşimlerden bazıları:

- Böbrekteki süzme işlevinin azalmasıyla vücutta atık maddelerin birikmeye ve su-tuz dengesinin bozulmaya başlaması,
- Yüksek proteinli gıdaların, böbrekler üzerindeki yükü arttırması,
- Fosfor birikiminin, kemik hastalığı gelişimine etki etmesi,
- Potasyum artışının güçsüzlükten, kalbin durmasına kadar birçok komplikasyona yol açması,
- Hipergliseminin, yüksek tansiyon hastalarında susama isteğini arttırması; sodyum ve su alımını tetiklemesi şeklinde sıralanabilir.

Ayrıca, diyaliz öncesi evrede protein kısıtlamasına gidildiğinde hastalığın seyri yavaşlatılabilmektedir. Bu ve benzer durumların kontrolü için, diyet düzenlenmesine gidilmesi bu hasta grubunda şarttır (Arık ve Dilek, 2010).

2.1.7.1. Potasyum

Potasyum, en önemli hücre içi maddelerinden biridir ve tuz yapısındadır. Çeşitli enzimlerin çalışması, hücrenin büyüme ve bölünmesi, kasların kasılması gibi görevlerde yer alır. Besinlerle alınır ve büyük kısmı böbreklerle atılır. Miktarın azalması kalpte ritim bozukluğu, kas güçsüzlüğü, kabızlık; artması kalp durmasına yol açabilecek ritim bozuklukları, tansiyon düşüklüğü gibi belirtilere yol açabilir. SDBY gibi hastalıklarda kişi yeterli miktarda idrara çıkamadığından potasyum artışı sıklıkla görülmektedir. Bu sebeple kişinin gıdalarla birlikte aldığı potasyum miktarında kısıtlamalara gidilir. Patates, muz kayısı, kivi, üzüm, sebze yemekleri kuruyemişler, kurubaklagiller gibi gıdalar tamamen diyetten çıkarılır ya da kısıtlanır. (Arık ve Dilek , 2010) Bu hastalarda, günlük potasyum alımı 40-70mEq/gün arasında sınırlı olmalıdır (Kızılcık, 2009).

2.1.7.2. Fosfor

Fosfor kemik dokusu yapımında görevlidir. Et, tavuk, balık, süt, yoğurt, peynir, yumurta, kuru baklagiller gibi gıdalarda bol miktarda bulunmaktadır. Böbrek yetersizliğinde fosfor atımı azaldığı için kandaki düzeyinde artış olur. Emilim oranının %80'e ulaştığı görülür (Arık ve Dilek, 2010). Bu sebeple bu hasta grubunda kemik hastalığı görülebilmektedir. Diyete uyulmadığı takdirde fosfor kontrolü son derece zorlaşmaktadır ve ilaç takviyesi gerekebilmektedir. Kişinin fosfor açısından zengin gıdaları tavsiye edilen düzeyde kullanması son derece önemlidir. Amaç, prediyaliz fosfor düzeyini 4,5-5 arasında tutmaktır (Kızılcık, 2009).

2.1.7.3. Albumin, Üre, Kreatinin

Albumin ve kreatinin kan seviyeleri, hemodiyaliz hastaları için hayatta kalma oranının en önemli yordayıcılarıdır (Goldwasser vd., 1999). SDBY hastalarında serum albumin düzeyinin 4gr/dl'den yüksek olması idealiyken, bu değer 3gr/dl'den düşük olduğunda

mortalite oranı anlamlı şekilde artmaktadır (Kızılcık, 2009). Kreatinin değerleri için kritik nokta genellikle 6.5 umol/L olarak kabul edilir.

Bunun dışında, kandaki üre miktarının aşırı artması olarak tanımlanan üreminin de hastalar üzerinde ciddi olumsuz etkileri vardır (Altınören vd., 2010). Araştırmacılar üreminin sebep olduğu birçok bilişsel bozukluk tespit etmişlerdir (Evans vd., 2004). Azalmış dikkat aralığı, konsantrasyon ve kısa-sürelî bellek işlevinde azalma gibi belirtilerle kendini gösteren bu durum, kişinin tedaviye uyumunu da etkileyen bir faktördür (Evans vd., 2004). Tedavide, üre oranınının 180 mmol/L'den düşük olması hedeflenmektedir.

2.1.7.4. Sıvı kısıtlamaları

Diyaliz hastaları için sıvı kısıtlamaları; kişilerin beslenmelerini düzenlemeyi, üremi oranını düşürmeyi ve böbrek bozulma hızını yavaşlatmayı hedeflemektedir (Krespi, 2001). Hemodiyalizde, rezidüel *diürez* (24 saatte çıkan idrar miktarı) dikkate alınarak belirlenen sıvı kısıtlama oranı, günlük 500-1000 ml arası değişebilmektedir (Kara, 2009; Welch vd., 2010). Sıvı kısıtlamalarına uyumu değerlendirmek için, sıvı alımının biyolojik bir ölçümü olan diyaliz seansları arası kilo alımı sıklıkla esas alınmaktadır (Kugler vd., 2005).

2.2. PSİKOLOJİK İYİLİK DURUMU

2.2.1. Duygusal Sıkıntı

Duygusal sıkıntı, farklı seviyelerde bir dizi psikolojik semptom olarak kendini gösterir ve değerlendirmelerde genellikle kapsadığı bu semptomlar üzerinden ele alınır (Arenas vd., 2007; Tschann vd., 2005). Yazına bakıldığında hemodiyaliz hastalarında duygusal sıkıntının oldukça az çalışıldığı görülmektedir. Anksiyete ve depresyon gibi psikolojik problemleri içeren ancak bu problemlerden daha bütüncül ve geniş kapsamlı bir olgu olan duygusal sıkıntı SDBY hastalarında çok sık görülmektedir (Montinaro vd., 2010; Çelik ve Acar, 2007). Tıbbi nedenlerle hastaneye yatırılan SDBY hastalarının yaklaşık %10'u duygusal sıkıntı yaşamaktadır (Kızılcık, 2009).

Kişi kronik bir hastalık sonucu sağlığına yönelik bir tehdit ve/veya bozulmayla karşılaştığında duygusal sıkıntı belirtileri (uyumsuzluk, sıkıntı hissi, uyku bozuklukları gibi) gösterir (Arık ve Dilek, 2010; Kızılcık, 2009; Kayahan ve Sertbaş, 2007). SDBY hastalarında,

eşlik eden bu belirtilerin 1.5-3 kata varan oranlarda daha fazla hastane yatışlarına neden olduğu bildirilmektedir (Kimmel vd., 2000; Gençöz ve Astan, 2006).

Duygusal sıkıntının bütün kapsamıyla ele alındığı çalışma oldukça azdır ve de kısıtlıdır. Araştırmaların birçoğunda, duygusal sıkıntı ölçümü için depresyon ve anksiyete seviyelerine bakıldığı görülmektedir. Duygusal sıkıntıyı çalışırken sadece depresyon ve anksiyeteye sınırlı kalmayan çalışmalardan birinde; Ginieri-Coccosis ve arkadaşları (2008), periton hastalarına oranla hemodiyaliz hastalarının duygusal sıkıntı açısından daha yüksek oranlara sahip olduklarını bulmuştur.

Duygusal sıkıntı kavramını anlamaya çalışırken bu kısıtlılıklardan ötürü farklı hasta gruplarıyla yapılan çalışmalar da ele alınmıştır. Örneğin, hastanede yatan genel hasta popülasyonunu ele alan bir çalışmada Beausang ve Syeed (1998), duygusal sıkıntının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Bu ve benzeri araştırma sonuçları, sağlıklı bireylerle kıyaslandığında hasta gruplarının duygusal sıkıntı düzeylerinin daha yüksek olduğu konusunda bir fikir vermektedir.

2.2.1.1. SDBY Hastalarında Depresyon

Depresyon, ilgi kaybı; depresif duygudurum; iştah ve kilo değişiklikleri; halsizlik; değersizlik ve suçluluk duyguları; karar verme, düşünme ve dikati toplama güçlüğü; intihar fikirleri ve/veya girişimleri gibi belirtilerle tanımlanan psikolojik bir rahatsızlıktır (Kızılcık, 2009). Hemodiyaliz hastalarında depresyon belirtilerine sebep veren faktörler arasında hormonal, besinsel, elektrolit veya endokrin (iç salgı bezleri sistemiyle ilişkili) anormallikler, ilaç etkileri, sistemik veya intraserebral (beyin içi) hastalığın sonuçlarının yanısıra; ayrıca tıbbi bir hastalığın getirdiği beden algısı, benlik saygısı, kimlik duygusu, iş – sosyal – ailevi ve evlilik ilişkilerinin etkilenmiş olması da sayılmaktadır (Dadalı, 2009).

SDBY hastalarında depresyonu inceleyen birçok araştırma vardır. SDBY, yaşam kalitesini düşürerek ve/veya doğrudan biyolojik etki sonucu depresyona yol açmaktadır (Hacıhasanoğlu vd., 2010). Bu hasta grubunda depresyon belirtileri; gündelik aktivitelerde isteksizlik, hayattan beklentinin azalması, enerji kaybı, cinsel isteksizlik, vb. şeklindedir. Birçok çalışma depresyonun hastalık ve tedavi sürecini etkilediğini kanıtlar niteliktedir (Chilcot vd., 2010). Mevcut araştırmalar hemodiyaliz hastalarında görülen psikolojik bozukluklar karşılaştırıldığında depresyonun en başta geldiğini ve bu depresif bozuklukların genel popülasyona göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (Yetişkin, 2008; Ricardo 2010;

Varela vd., 2011). Araştırmalar, SDBY’li hastaların sağlıklı kişilere göre depresyon riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Yetişkin, 2008).

Yurtdişında ve Türkiye’de yapılan çalışmaların niteliğine bağlı olarak değişmekle birlikte, SDBY hastalarında tahmin edilen depresyon prevalansının %15-%50 arasında değiştiği ifade edilmektedir (Sağduyu vd., 2006; Ertekin vd., 2008; Fischer vd., 2009; Ricardo, 2010). Diğer tedavi seçeneklerinden ayrı tutacak olursak, yurtdişi ve Türkiye’de yapılan araştırmalar hemodiyaliz hastalarında depresyon görülme sıklığının %15-%31 arasında değişmekte olduğunu belirtmektedir (Cvengros vd., 2005; Sağduyu vd., 2006; elik ve Acar, 2007; Ertekin vd., 2008; Fischer vd., 2009; Chilcot vd., 2010; Varela vd., 2011). Sağduyu ve arkadaşları (2006), yaptıkları çalışmada SDBY hastalarının %40 oranında depresyon eşiğinin üstünde puan aldıklarını belirtmiştir.

2.2.1.2. SDBY Hastalarında Anksiyete

Anksiyete; yoğun, hoş olmayan ve nedeni belirsiz bir sıkıntı, gerginlik, endişe halidir (Tamam, 2009). SDBY hastalarında anksiyete, depresyon kadar olmamakla birlikte, sıklıkla incelenmektedir. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete; bilişsel, somatik, duygusal ve davranışsal düzlemlerde kendini göstermektedir (Kohli vd., 2011). Hemodiyaliz hastalarında anksiyete belirtilerine sebep veren faktörler; tedavi sürecinde görülen zorluklar, belirsizlikler ve olası komplikasyonlar şeklinde sıralanabilir (Baktiroğlu, 2010).

SDBY hastalarında anksiyete prevalansının %13-%35 arasında olduğu bilinmektedir (Sağduyu vd., 2006; elik ve Acar, 2007; Taşkapan vd., 2005; Varela vd., 2011). Öte yandan, SDBY hastalarında anksiyete düzeylerinin çok daha yüksek (%43-%87) olduğunu gösteren araştırmalar da mevcuttur (Arenas vd., 2007; Montinaro vd., 2010; Kohli vd., 2011).

SDBY hastalarının anksiyete açısından diğer gruplarla karşılaştırıldıkları çalışmalar da mevcuttur. Yetişkin (2008), sağlıklı kişilere oranla SDBY’li hastaların anksiyete riskinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Solano ve arkadaşları (2006), metaanaliz çalışmalarında SDBY’li grupta AIDS hastalarına oranla, %8-34 oranında daha fazla anksiyete olduğunu tespit etmiştir.

2.2.2. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramının herkesçe kabul edilen bir tanımı mevcut değildir. Dünya Sağlık rgt (WHO) yaşam kalitesini, “kişinin kendi durumunu, kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi” olarak tanımlamaktadır. Bu kavram, kişinin yaşam koşullarını ve

deneyimlerini içerir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal sağlığına yönelik öznel algısıdır (Üstündağ vd., 2007; Yu ve Petrini, 20010).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi biyolojik sağlık, genel sağlık ve hastalığa özgü sağlık durumu olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Biyolojik sağlık vücut sağlığını; genel sağlık fiziksel işlevsellik, ruh sağlığı ve genel sağlık algısını ve hastalığa özgü sağlık durumu ölüm, sakatlık ve yeti kaybı gibi göstergeleri kapsamaktadır (Annak, 2005). Hastalığa özgü sağlık durumu, hastalığın sosyal, psikolojik ve fiziksel etkilerini temsil etmektedir. Sağlık durumu çok iyi olan kişiler için bu boyut bir önem teşkil etmemektedir. Öte yandan, kronik bir hastalığın olası etkileriyle ilişkili bir şekilde yol aldığından SDBY’li bir kişi için sağlıkla ilgili yaşam kalitesi oldukça önemlidir (Annak, 2005).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, yaşamda meydana gelen değişimlerle birlikte değerlendirilir. Hemodiyaliz tedavisi gören bir kişi, ciddi yaşam değişiklikleriyle (yeme alışkanlıklarını değiştirmek, aldığı sıvı miktarını hesaplamak, gündelik hayatını planlarken hemodiyaliz için hastanede geçireceği zaman dilimini dikkate almak gibi) karşı karşıya kalır. Kişi bu değişiklikler sonucu yaşam kalitesine yönelik olumsuz değerlendirme eğilimine girebilmektedir. SDBY’de yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen diğer sorunlar;

- üreminin artması sonucu bulantı, yorgunluk, uyku hali, dikkat azalması gibi komplikasyonların varlığı;
- sıvı ve gıda alımındaki kısıtlamalara uymadaki güçlükler;
- başka bedensel hastalıkların eklenme olasılığı (anemi, hipertansiyon gibi);
- diyalizle birlikte iş veriminin düşmesi;
- sosyal yaşamda oluşan olumsuzluklar;
- diyaliz personeli ve ailenin beklentileriyle başa çıkamama korkusu,
- depresyon ve intihar,
- yeti yitimi,
- bilişsel ve psikososyal değişimler,
- ölüm korkusu,
- organ nakli bekleme süreci ve belirsizlikler,
- organ işlev kaybı,
- uzun süreli ve sık hastane yatışları,
- sosyal destek yetersizliği,
- baş etme zorlukları,
- ekonomik güçlükler,

- komorbidite (hastalığa eşlik eden diğer rahatsızlıklar),
- hastalığın şiddeti ve
- İlaç yan etkileridir (Kızılcık, 2009; Kuzeyli Yıldırım ve Fadiloğlu, 2005; Baydoğan ve Dağ, 2008).

Tüm bu faktörler, hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin genel popülasyondan daha düşük bulunmasının sebeplerine yönelik bir fikir vermektedir (Kuzeyli Yıldırım ve Fadiloğlu, 2005; Pucheu vd., 2004). Yapılan birçok çalışma, hemodiyaliz hastalarının genel olarak yaşam kalitelerinin düşük olduğunu ve uzun süreli hemodiyalizin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermiştir (Wolcott vd., 1988; Gineri-Coccosis vd., 2008; Korkut, 2006; Montinaro vd., 2010; Rodrigues Fructuoso vd., 2011; Tel ve Tel, 2011). Hemodiyaliz tedavisi gören çocuklarda yapılan bazı araştırmalar, bu grubun sağlıklı olan yaşlılarından daha düşük yaşam kalitesi düzeyine sahip olduğunu göstermektedir (Marciano vd., 2011; Buyan vd., 2010).

SDBY'nin farklı tedavi seçeneklerinin yaşam kalitesini farklı şekillerde etkilediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Birçok çalışma, periton hastalarının hemodiyaliz hastalarına oranla daha yüksek yaşam kalitesi düzeylerine sahip olduklarını bulmuştur (Wolcott vd., 1988; Rodrigues Fructuoso vd., 2011). Bazı çalışmalar nakil hastalarının yaşam kalitesinin hemodiyaliz hastalarından daha yüksek olduğunu bulmuştur (Griva vd., 2009; Buyan vd., 2010). Öte yandan, periton ve hemodiyaliz hastaları arasında yaşam kalitesi açısından anlamlı bir fark olmadığını öne süren çalışmalar da mevcuttur (Ruiz de Alegria-Fernandez de Retana vd., 2009). Marciano ve arkadaşları (2011), çocuk hemodiyaliz ve periton hastalarını yaşam kalitesi açısından karşılaştırdıkları çalışmalarında anlamlı bir farklılığa rastlamamışlardır.

Bazı araştırmalar böbrek naklinin yaşam kalitesini arttırdığını ve yaşam süresini uzattığını belirtmektedir (Baktıroğlu, 2010). Ortalama 5 yıllık yaşam süresi, hemodiyaliz hastalarında %32 iken böbrek nakliyle bu oran yaklaşık %69'a çıkmaktadır (Ecder ve Akpolat, 2007). Sağladığı avantajlar olmasına rağmen, nakil kaynağı bulmada birçok ülkede zorluklar yaşanmaktadır (Garcia vd., 2012). Ayrıca böbreğin kişiye uygun olmaması, olsa bile başarısız tedaviler nedeniyle bu tedavi yöntemi yaygınlaşmamıştır (Lynn ve Harrold, 1999).

Birçok hasta böbrek naklini diyalize tercih etse de (McFarlane, 2010), farklı çalışmalar kişilerin nakil bekleme listesi süresince ve nakil sonrasında olumsuz deneyimleri olduğunu ifade etmiş, bazı çalışmalar da belli bir oranda kişinin nakil listesini reddettiğini veya sonrasında ismini sildirdiğini tespit etmiştir. Buturovic-Ponikvar ve arkadaşları (2011), Slovenya'da yaptıkları çalışmada organ nakli seçeneğinin en iyi tedavi şekli olduğu fikrinin

tüm hastalar tarafından kabul edilmediğini görmüşlerdir. Buradaki hastaların %13.7'sinin böbrek naklini reddettiğini ortaya koymuşlardır. Bu davranışın daha detaylı incelenmesi gerektiği göz önünde bulundurularak olası sebepler arasında; bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaçların yan etkileri, naklin getirdiği riskler, hayalkırıklığı getirmiş geçmiş nakil tecrübeleri gibi sebepler sayılmaktadır (Buturovic-Ponikvar vd., 2011). Bir başka çalışma, ismini nakil listesinden sildirmiş kişileri incelemiş ve benzer sebeplerin etkili olabileceğini önermiştir (McFarlane, 2010). Bu olasılıklara ek olarak, kişilerin nakil sonrası yaşam kalitelerinin artacağına inanmadıkları da dikkate alınmıştır.

Bazı çalışmalar başarılı nakil sonrası, kişilerin yaşam kalitesinin diğer tedavi yöntemlerine göre çok daha yüksek olduğunu göstermişse de; diğer çalışmalar bu grupta böbreği reddetme korkusunun yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediğini, kişinin birçok fizyolojik ve psikolojik sorunla karşı karşıya kaldığını göstermektedir (Panton vd., 2001; akt. Chen vd., 2007). Ayrıca, nakil listesinde bekleme süreci de yaşam kalitesini etkilemektedir. Moran ve arkadaşları (2010), nakil bekleyen hemodiyaliz hastalarının (1) umut ederek yaşamak, (2) belirsizlik ve (3) beklemede kalmak olarak üç dönemde özetledikleri bir süreçten geçtiklerini ifade etmiştir. Zaman ilerledikçe sürecin duygusal sıkıntıya yol açtığı görülmektedir.

2.3. TEDAVİYE UYUM

Tedaviye uyum; hastanın, ilaç alma, diyete uyma, yaşam tarzı değişiklikleri yapma gibi davranışlarının tıbbi tavsiyelerle ne kadar örtüştüğüdür (Takaki ve Yano, 2006; Kara, 2007). Hastalıkla başa çıkma sürecinde kişinin tedaviye ve sağlık tavsiyelerine ne kadar uyduğu belirleyici bir önem teşkil etmektedir. Kişinin, fiziksel durumunu korumak için tedavinin gerekliliklerine uyması gerekmektedir (Oka vd., 1999; Ovayolu vd., 2007).

Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyuma bakıldığında; malnutrisyonun (kötü beslenme), diyaliz hastalarında mortalite (ölüm oranı) ve morbiditenin (hastalığa bağlı gelişen diğer tüm sağlık sorunları) en önemli belirleyici faktörlerinden olduğu görülmektedir (Kızılcık, 2009). Diyet ve sıvı kısıtlamalarına uymayan SDBY hastalarında kardiyovasküler sistemde bozukluklar, kalp yetmezliği, yüksek mortalite ve erken ölüm gibi riskler artmaktadır.

Tedaviye uyumu ölçmek amacıyla temel olarak; diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum; ilaç tedavilerine uyum ve seans devamlılığı (diyaliz seanslarının tümüne gelmek ve sonuna kadar kalmak) ele alınmaktadır (Hailey ve Moss, 2000; Kara, 2007). Gıda kısıtlamasına uyum için

objektif ölçümlerden; diyetle ve ilaç tedavisine uyum için kandaki Üre, Potasyum, Fosfor, Kreatinin ve Albumin seviyelerinden; sıvı kısıtlamalarına uyum için diyaliz seansları arasındaki kilo alım değerleri ele alınmaktadır (Oka vd., 1999; Sağduyu vd., 2006).

Bu hasta grubunda tedaviye uyum oranı araştırmalar arasında farklılıklar göstermektedir (Kim ve Evangelista, 2010). Sıvı kısıtlamalarına uyumsuzluğun %70-%94 arasında değiştiğini gösteren çalışmalar olduğu gibi (Betts ve Crotty, 1988), bu oranın %3.4-%74 arasında değiştiğini ifade eden çalışmalar da mevcuttur (Kim ve Evangelista, 2010; Hailey ve Moss, 2000). Bir çalışmada, kişiler tedaviye uyumlarını kendileri değerlendirdiklerinde %76.4 oranında; hemşire değerlendirmesindeyse %69.2 oranında uyum rapor edilmiştir (Lin ve Liang, 1997). Kim ve Evangelista (2010), çalışmalarında seans devamlılığı, ilaç tedavisine uyum, sıvı kısıtlamalarına uyum ve diyetle uyum kriterlerinin hepsini bir arada incelemiş ve sırasıyla %12.6, %31.8, %20.5 ve %31.8 oranında uyum olduğunu bulmuştur. Tedaviye uyum oranlarındaki bu farklılığın, ölçüm için esas alınan kriterlerin farklılaşmasıyla açıklanması olasıdır.

2.4. SAĞLIK DENETİM ODAĞI

2.4.1. Kavram ve Teoriler

Sağlık Denetim odağı, sağlıkla ilgili sonuçları tahmin etmeye çalışırken bakılabilecek kavramlardan sadece bir tanesidir. Bunun dışında; kontrol algısı; öğrenilmiş çaresizlik; özyeterlik ve açıklama tarzı gibi farklı kavramlar mevcuttur (Schröder vd., 2007). Benzerlikleri ve ortak noktaları olmasının yanısıra; bu kavramlar, farklı teorilerden geliştirilmiştir ve bazı farklılıklara sahiptir.

2.4.1.1. Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal Öğrenme Kuramı (Rotter, 1966) denetim odağı kavramının esas alındığı kuramdır. Sosyal Öğrenme Kuramına göre, bir öğrenme sürecinin sonucu olarak kişi yaşanan olaylarda elde ettiği sonuçlara nasıl ulaştığına yönelik atıflarda bulunmakta ve bu sonuçların kendi davranışlarından (iç) ya da diğer güçlerden (dış) kaynaklandığına dair bir inanç sistemi geliştirmektedir. Bu inancını destekleyen benzer sonuçlar tekrarlanarak kişinin genel bir kontrol algısı oluşturmasını sağlamaktadır. Kişinin mevcut inancı pekiştikçe gelecek olayları ve durumları da benzer şekilde değerlendirme eğilimi artmaktadır. Bu teoriye göre, bir

davranışın gerçekleşmesi kişinin davranışın belli bir pekiştireçle sonuçlanacağına dair inancına bağlıdır. Bir diğer önemli etken de kişinin bu pekiştirece verdiği değerdir. Eğer kişi pekiştireci değerli bulmuyorsa, davranışın bu pekiştireçle sonuçlanacağına dair inancı yeterli olmayacaktır.

Rotter (1966), Sosyal Öğrenme Kuramından yola çıkarak denetim odağı yapısını bir tür “genellenmiş beklenti” olarak formulize etmiş ve iç - dış denetim odağı arasında bir ayrım yapmıştır (Üsündağ-Budak, 1999). Kişi, yaşadığı olaylar ve durumlarda kontrolü kendisinde görüyorsa bu durum iç denetim odağı olarak nitelendirilir. Öte yandan, yaşananların şans, kader gibi dış etkenlerce belirlendiği görüşünde ise bu durum dış denetim odağı olarak nitelendirilir (Wallston ve Wallston, 1981).

Denetim odağı kavramından yola çıkarak Wallston ve arkadaşları (1978) sağlık denetim odağı kavramını geliştirmiştir. Sağlık denetim odağı, kişinin hastalık süreci ve tedavi boyunca yaşadığı şeylerin kontrolünü kime atfettiğidir (Baydoğan ve Dağ, 2008). Bir başka deyişle, kişinin sağlıklı ilgili beklentilerinin kaynağıdır (Christensen vd., 1996). Eğer kişi hasta olması veya sağlıklı kalması durumunu kendi hareketlerinin belirlediğine inanıyorsa bu iç sağlık denetim odağına sahip olduğunu göstermektedir. Eğer sağlık/hastalık sürecini kendisi dışında; diğer insanlar, çevre, kader, şans gibi etkenlere bağlıyorsa bu dış sağlık denetim odağına sahip olduğunu göstermektedir (Stein vd., 1984).

Çok boyutlu sağlık denetim odağı kavramı, özellikle dış denetim odağında şans ve güçlü diğerleri ayrımını vurgulamakta ve bunun sağlık davranışlarını anlamada oldukça önemli olduğunu öne sürmektedir (Wallston vd., 1978; Üsündağ-Budak, 1999). Şans sağlık denetim odağı, kişinin sağlık/hastalık durumunun şans, kader ve kontrol edilemez faktörler tarafından belirlendiğine dair inancını göstermektedir. Güçlü diğerleri sağlık denetim odağı ise kişinin sağlık/hastalık durumunun sağlık uzmanları, ebeveynler ya da arkadaşlar gibi diğer kişilere bağlı olduğuna dair inancıdır (Rock vd., 1987).

2.4.1.2. Kontrol Algısı

Kontrol algısı, denetim odağına çok yakın bir diğer kavramdır. Kontrol algısı, kişinin bir durumun sonuçlarının kontrol edilebilirliği ve kendisinin ne kadar kontrol etme olasılığı olduğuna dair inancıdır (Schulman, 1995). Wallston ve arkadaşları (1987) algılanan kontrolü, kişinin kendi içsel durumunu ve davranışlarını belirleyebileceğine, çevresini etkileyebileceğine ve/veya istenilen sonuçlara ulaşabileceğine dair inancı olarak tanımlamıştır. Bu kavram, Rotter’in iç denetim odağıyla benzerlik göstermektedir. Keeton ve

arkadaşları (2008), kontrol algısı kavramını yaşam olaylarındaki sonuçların kişiye veya dışsal bir faktöre bağlı olması olarak ele almıştır. Düzlemin bir noktasında kişi, kendi hayatını etkin bir şekilde kontrol ederken; diğer uçta algılanan güçsüzlük vardır. Kişinin hayatı şans, kader veya diğer kişiler gibi dışsal güçlerin etkisinde şekillenmektedir.

Kontrol kavramı, sağlık psikolojisindeki anahtar kavramlardan biridir (Walker, 2001). Kontrolü hem hedefe ulaşma süreci olarak hem de sonuçlara yönelik ele almak mümkündür. Kontrol dendiğinde genel olarak kişinin kendi kontrolü akla gelse de (kontrol algısı), sağlık alanı söz konusu olduğunda aile, akrabalar, arkadaşlar, doktorlar ve diğer sağlık uzmanları gibi birçok diğer kişi kapsam dahilindedir. Kontrol üzerine birçok teori olmasına karşın, tek bir ana teoriden söz etmek güçtür (Walker, 2001). Kontrol algısı kavramı genel olarak; denetim odağı (Rotter, 1966), atıf teorisi (Weiner, 1985, 1995, 2006) ve öğrenilmiş çaresizlik (Abramson, Garber ve Seligman, 1980) zemininde ortaya çıkmıştır (akt. Stupnisky ve vd., 2012).

Kontrol ve sağlık ilişkisiyle ilgili teorik bağlantılar: (a) kontrolün yokluğu strese sebep vererek kişinin sağlık durumunda doğrudan negatif bir etki yaratabilir; (b) stres altındaki bir kişiye kontrol algısı sağlamak stresin olumsuz etkilerini azaltabilir; (c) kontrol algısı, kişinin sağlık davranışında bulunma olasılığını arttırmakta ve sağlık durumunu olumlu etkilemektedir (Wallston, 1989). Bu bağlamda, sağlık sonuçları incelenirken sıklıkla kontrol algısı incelenmektedir.

Algılanan kontrol ve sorumluluk arasındaki fark gözetilmelidir. Kişi kendi sağlık davranışlarından sorumlu olduğunu hissedebilir fakat yine de bunun kontrolünün kendisinde olmadığı algısına sahip olabilir (Wallston vd., 1987). Bu bakımdan, kontrol, ne yapılması gerektiği değil; kişinin ne yapabileceğine dair inancıdır. Bir şey yapabilme inancı, algılanan kontrolün doğmasına sebep vermektedir (Lefcourt, 1982). Bu açıdan, Wallston ve arkadaşları (1987), mevcut bir durumda kişinin davranışlarını anlamaya yönelik çalışmalarda “algılanan” kontrolün gerçekte var olan kontrolden çok daha önemli olduğunu belirtmektedir.

Sağlık denetim odağı da kontrolün kimde olduğu ile ilgilidir. Bu kavramın alt boyutları da vardır. Algılanan kontrolün, sağlık denetim odağı kavramındaki iç sağlık denetim odağı alt boyutuyla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Öte yandan, algılanan kontrol diğer sağlık denetim odağı boyutlarını kapsamayan bir kavramdır. Kontrol algısı, kişinin kendisinde hissettiği kontrol seviyesiyle ilgilidir ve olası diğer kontrol odaklarıyla (şans, diğer insanlar, vb.) doğrudan ilişkili değildir. Bu bakımdan kontrol algısı dış denetim odaklarından bağımsızdır.

Algılanan kontrolün sağlıkla ilgili sonuçları iki şekilde değerlendirilmektedir: sağlık davranışları üzerine olanlar ve sağlık durumuna yönelik olanlar. Bu kapsamda iki boyut ele alınmaktadır: (i) kontrolün geçmişte veya gelecekte yer bulması ve (ii) kontrolün bir sonuç, davranış veya süreç olması (Wallston vd., 1987). Sağlık denetim odağı kavramı da *zamanla* ilişkilendirilmektedir. Geçmişte yaşanan tecrübeler, kişinin denetim odağını etkilemektedir. Fakat algılanan kontrolden farklı olarak, denetim odağı kavramı sonuç veya davranış olarak değil bir süreç olarak değerlendirilmektedir.

Öğrenilmiş çaresizlik, kontrol algısının kayboluşudur. Öğrenilmiş çaresizlik, Overmier ve Seligman (1967) tarafından köpekler üzerinde yapılan deneyler sırasında keşfedilmiştir. Daha sonraki araştırmalar göstermiştir ki öğrenilmiş çaresizlik insanlarda da gözlemlenmektedir. Teoriye göre kişi kontrol edemediği olaylar tecrübe ettikçe, istediği sonuçların kontrolü dışında olduğu inancı geliştirebilmektedir (Maier ve Seligman, 1967; Seligman, 1975; akt. Schulman, 1995). Kişiler belli davranışların pekiştirileceği sonuçlanmadığı deneyimler sonrası çabalama isteklerini yitirmekte, çaresizliği *öğrenmektedirler* (Harvey ve Martinko, 2010).

Seligman (1975, 1981), ilk kez “öğrenilmiş çaresizlik” kavramını ortaya koyduğunda; kontrol algısının yok olmasının motivasyon azalması, davranışsal bozukluklar ve duygusal içekapanışla ilişkili olduğunu belirtmiştir (akt. Zimmerman, 1990). Depresyon ve benzeri birçok psikolojik rahatsızlığa sebep olan öğrenilmiş çaresizlik durumunda kişi, yaşadığı olaylar ve hayatı konusunda kontrolünün olmadığı inancına sürüklenmektedir. Bu kavram, dış denetim odağı inançlarıyla benzerlik göstermektedir. İki kavram da pekiştirilecek kontrolünün önemini vurgulamaktadır. Yapılan deneyler, birçok hayvanın kontrol edemedikleri olaylar sonrası sakınma tepkisi vermede yavaşladığını gösterirken; dış denetim odaklı insanların belirli görevleri öğrenmede iç denetim odaklılardan daha yavaş olduğunu göstermektedir (Hiroto, 1974). Öte yandan, öğrenilmiş çaresizlik sağlık durumuyla sınırlı kalmamakta ve kişinin hayatında birçok alana yayılmaktadır. Sağlık denetim odağı ise kişinin sağlığı/hastalığı üzerindeki denetimi değerlendirmesi olarak ele alınmaktadır.

2.4.1.4. Planlı Davranış Teorisi

Tutumlar üzerinden ele alınabilecek bir diğer teori, Planlı Davranış Teorisidir (Ajzen, 1991). Teoriye göre bir davranışın görülme olasılığının en büyük belirleyicisi kişinin davranışı benimsemeye yönelik *niyetidir*. Niyet ise üç temel faktörden etkilenmektedir:

- Sonuca ve sonucun değerli olup olmamasına yönelik inançlar tarafından belirlenen; söz konusu davranışa yönelik tutumlar

- Sosyal normların kişideki algısı ve sosyal baskı ile şekillenen ve kişinin diğerlerini istediği gibi davranmaya yönelik motivasyonu
- Kontrol algısı (Lyons ve Chamberlain, 2006).

Bu bakımdan kontrol algısı Planlı Davranış Teorisinde önemli bir yer tutmaktadır. Kontrol algısı, Planlı Davranış Teorisini Gerekçelendirilmiş Eylem Teorisinden (Reasoned-action Theory) (Fishbein ve Ajzen, 1975) ayıran faktördür (Notani, 1998). Planlı davranış teorisine göre kişinin belli bir sağlık davranışını gerçekleştirmek için hedeflenen sonucu değerli bulması ve buna uygun davranmaya yönelik motivasyonu yeterli değildir. Bunların yanısıra, söz konusu davranışı gerçekleştirmeye yönelik bir kontrol algısına sahip olması gerekmektedir. Davranışsal kontrol algısı olarak da geçen bu faktör, kişinin davranışı gerçekleştirmenin ne kadar kolay/zor olduğuna yönelik inancı olarak tanımlanmaktadır (Notani, 1998). Kişinin sahip olduğu kaynaklar ve karşılaştığı engeller, algılanan kontrolü etkilemekte ve kişi yetenek ve imkanlarını değerlendirirken bu faktörleri dikkate almaktadır (Kocagöz ve Dursun, 2010). Bu teoride geçen davranışsal kontrol algısı, oldukça yakın bir tanıma sahip olmakla birlikte, görüldüğü üzere belirli bir *davranış* üzerinde durmaktadır ve kontrol algısından daha özgüdür.

2.4.1.5. Atıf Kuramı

Niyetin önemli bir etken olarak kabul edildiği bir diğer kuram, Fritz Heider'in (1958) Atıf Kuramıdır (Griffin, 2011). Atıf, kişinin bir olay veya davranışa yönelik geliştirdiği açıklamadır (Harvey ve Martinko, 2010). Heider'a göre insanlar iki tür atıfta bulunmaktadır: kişisel ve durumsal.

Atıflar nedensellik, sabitlik, niyet ve kontrol edilebilirlik boyutları açısından değerlendirilmektedir (Weiner, 1995; akt. Harvey ve Martinko, 2010). Bu kuramda niyet, önemli bir etken olarak kabul edilmektedir (Griffin, 2011). Yapılan atıflar, arzu edilen olayları tekrarlayabilmek ve hoş olmayan olaylardan sakınmak için kişiye yardım eder.

Atıf Teorisine göre (Heider, 1958), insanlar sürekli olarak olayları ve davranışları açıklamaktadırlar. Kişilerin yaşadıkları olayları, gözlemledikleri davranışları açıklama şekilleri her zaman gerçeğe örtüşmemektedir. Bazı insanların bu *atıf hatalarını* diğer insanlardan daha sık yaptıkları görülmektedir. Bu hatalar, kişilerin açıklama tarzlarıyla ilişkili bulunmaktadır. Açıklama tarzı; olumlu veya olumsuz olayları sürekli olarak belirli türde

nedenlere (iç veya dış; sabit veya değişken) bağlama eğilimi olarak tanımlanmaktadır (Harvey ve Martinko, 2010). Bu açıklama tarzlarından bazıları:

- İyimser/Optimist Açıklama Tarzı: Olumsuz olayları dış faktörlere, olumlu olayları iç faktörlere bağlar (örn. “Yeterince çabaladığım için başarılı oldum”).
- Kötümser/Pesimist Açıklama Tarzı: Olumsuz olayları iç ve sabit faktörlere, olumlu olayları dış ve değişken faktörlere bağlar (örn. “Sınavda başarılı olmam şans eseri idi”).

Açıklama tarzları, yaşanan olaylar üzerinden yapılan genellemelerle oluşturulduklarından denetim odağı kavramıyla benzerlik göstermektedir. Denetim odağı da benzer bir şekilde, kişinin yaşadıklarını denetim açısından “açıklama”sını gerektirmektedir. Öte yandan, açıklama tarzı daha genellenmiş bir kavramdır. Ayrıca, kişinin yaşadığı olayların *sebeplerini* iç veya dış faktörlere bağlarken olumlu-olumsuz ayrımı da yapmaktadır. Denetim odağında yaşanan olaylar değerlendirilirken böyle bir ayrım yapılmamaktadır. Sağlık denetim odağına göre kişi; hem hastalığının hem sağlığının denetimini kendisinde gören biri örneğinde olduğu gibi; olumsuz olaylarda da olumlu olaylarda da denetimi belirli bir odakta görüyor olabilir.

2.4.1.6. Sosyal Bilişsel Teori

Sosyal Bilişsel Teori, Bandura'nın (1989) geliştirdiği bir teoridir. Bu teoriye göre öğrenme, davranış değişikliğine yol açabilen içsel bir süreçtir. Ödül veya ceza, doğrudan olduğu kadar dolaylı olarak da davranış değişikliğine yol açabilmektedir. Davranış, önceki deneyimlerde alınan pekiştireçlerden daha fazla etkilenmektedir.

Özyeterlik, kişinin zor ya da yeni işleri başarmadaki ve çaba gerektiren durumlardaki zorluklarla başa çıkmadaki yeterliğine dair inancı olarak tanımlanmaktadır (Luszczynska ve Schwarzer, 2005). Araştırmalar, sağlık denetim odağının davranışı yalnızca diğer sağlıkla ilgili beklentilerle etkileşim içerisinde etkileyebileceğini göstermektedir (Luszczynska ve Schwarzer, 2005). Bu sağlık beklentilerinden birisi de algılanan sağlık yeterliği, özyeterliliklidir. Sosyal Bilişsel Teori araştırmaları sırasında ilk kez bu kavramı ortaya koyan Bandura (1997), özyeterlik tanımını bir işi başarmak için kişinin yapması gereken eylem ve planlara yönelik kapasitesiyle ilgili inancı olarak ifade etmiştir. Buna göre davranış üç tür beklenti tarafından belirlenmektedir:

- Olay-sonuç beklentileri: Kişinin harekete geçmediği takdirde ne olacağına dair inançları
- Davranış-sonuç beklentileri: Kişinin belirli bir şekilde davrandığı koşulda ne olacağına dair inancı
- Yeterlilik-beklentileri: Kişinin arzu edilen bir sonuca ulaşmak için belirli bir şekilde davranmaya yönelik yeterliliğinin olduğuna dair inancı (Lyons ve Chamberlain, 2006).

Wallston (2005), sağlık davranış değişiklikleri değerlendirilirken özyeterlik kavramının SDO'ya kıyasla daha güçlü bir faktör olabileceğini ifade etmiştir.

Denetim odağı ve özyeterlik arasındaki farka bakıldığında; SDO'nun bir sonuca yönelik kontrolü ifade ederken özyeterliğin bir davranış üzerinde kişinin sahip olduğuna inandığı kontrolü belirttiği görülmektedir (Wallston vd., 1987). Özyeterlik, kişinin davranışlarını doğrudan etkileyebilmektedir. Bir işi başaracağına dair inanca sahip olarak yaklaştığında kişi daha çok mücadele etmekte, daha çok enerji ve zaman harcamaktadır. Bu kişiler başarısızlık söz konusu olduğunda daha çabuk toparlanmaktadır. Seçtikleri işler de daha çok çaba gerektiren işler olmaktadır.

2.4.2. Denetim Odağının Ölçümü

Sosyal Öğrenme Kuramı doğrultusunda Rotter (1966), ilk kez iç-dış denetim odağı yapısını değerlendiren bir ölçek geliştirmiştir. Bu ölçekle birlikte Sağlık Denetim Odağı kavramı, araştırmalarda sıklıkla yer almış fakat birtakım eleştirilere maruz kalmıştır. Öncelikle iç – dış ayrımının oldukça basite indirgenmiş bir ayrım olduğu düşüncesi ortaya atılmıştır (VanderVoort vd., 1997). Ayrıca Evans ve Wantry (1979), ölçekteki dış denetim odağı maddelerinin çoğunluğunun iç denetim odağı maddelerine oranla daha depresif olarak değerlendirildiğini tespit etmiştir.

Bu ve benzeri problemler dolayısıyla, denetim odağında çok boyutluluk geliştirilmiş ve dış denetim odağı da kendi içinde “şans” ve “güçlü diğerleri” olmak üzere ayrılmıştır (Mirels, 1970; MacDonald ve Tseng, 1971; Levenson, 1973). Levenson'ın geliştirdiği ölçek (IPC – iç, güçlü diğerleri, şans) kullanıma geçmiştir (Furnham ve Steele, 1993).

Wallston ve Wallston (1981), bir grup diyabet hastası ve tedavi ekibini gözlemlemiş ve tedavi ekibinin hastaları bilgilendirirken “Seni sadece *sen* iyileştirebilirsin.” veya “Diyabetinle ilgili gelişmeler, senin kendinin ne yaptığına bağlıdır.” gibi ifadeler

kullandıklarını fark etmişlerdir. Bu aşamada, Rotter'in denetim odağı boyutlarının sağlık alanında ne şekilde ölçülmesi gerektiğine yönelik çalışmışlar ve sonucunda çok boyutlu bir sağlık denetim odağı ölçeği oluşturmuşlardır. Bu doğrultuda 1976'da Wallston ve arkadaşları, sağlıkla ilişkili denetim odağı (health-related locus of control) ilk ölçeğini geliştirmişlerdir. Bu tek boyutlu ölçekle birlikte sağlık denetim odağı ölçümleri standart bir hal almıştır (Wallston vd., 1976b). Bu ölçekte yüksek skorlar dış sağlık denetim odağına işaret ederken düşük skorlar iç sağlık denetim odağını göstermektedir.

Yazında, çalışmalar dış ve iç denetim odağını bir düzlemin iki ucu olarak ele almış olsa da çalışmalar göstermiştir ki bu iki odak birbirinden bağımsızdır. Kişilerin sağlık denetim odağı yönelimlerinin durumlara, sağlık sorunlarına, zamana, vb. değişkenlere bağlı olarak değişebileceği ileri sürülmektedir. Örneğin, sağlık bakımı boyunca kontrol algısı, olası sağlık sonuçlarının bilinip bilinmemesine bağlı olarak değişkenlik gösterebilir (Wallston vd., 1987). Ayrıca, kişinin eş zamanlı olarak hem dış hem iç sağlık denetim odağı yönelimlerine sahip olması olasıdır (Stein vd., 1984). Bir kişi aynı anda bir olayla ilgili iki odağı da barındırıyor olabilir. Örneğin kişi böbrek rahatsızlığını hem içsel sebeplere (yanlış ve yetersiz beslenme, doktor kontrolüne gitmeme gibi) hem de dışsal sebeplere (stres) bağlayabilir. Bunun dışında, dış denetim odağını da alt gruplara ayırmak mümkündür. Şans ve kader dış denetim odakları farklı ele alınmalıdır.

Bu çok boyutluluk düzleminde Levenson'ın (1973) geliştirmiş olduğu ölçekte "iç, güçlü diğerleri ve şans" ayrımı yapılmıştır. Daha sonra bu alt ölçekler Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı ölçeği geliştirilirken kullanılmıştır (Wallston vd., 1978). Bu çok boyutlu ölçeğin A ve B formlarıyla birlikte sağlık denetim odağı yönelimleri iç sağlık denetim odağı, güçlü diğerleri-dış sağlık denetim odağı ve şans-dış sağlık denetim odağı olarak üçe ayrılmıştır. Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı ölçeği, sağlık psikolojisi alanında bireysel farklılıklar araştırmalarında en çok kullanılan ölçeklerden biridir (Rock vd., 1987). Türkiye'de yapılan araştırmalara bakıldığında SDO'nun sıklıkla yaşam kalitesi, duygusal sıkıntı, depresiflik düzeyi, öğrenilmiş güçlülük, öğrenilmiş çaresizlik, sosyotropi-otonomi, iyimserlik, ruhsal sorunlar, tedaviye uyum ve kişinin hastalığı hakkında bilgi edinme davranışı gibi kavramlarla birlikte incelendiği görülmektedir.

Genel popülasyon Form A ve B'deki maddeleri rahatlıkla cevaplarken, kronik hastalığa sahip bireylerin bazı çalışmalarda bu formlardaki bazı maddeleri cevaplarken %30'a varan oranda zorlandığı görülmektedir. Form C geliştirilirken, Rotter'in (1975), belirli bir psikolojik durumla ilgili davranışların/sonuçların tahmin edilebilirliği için genel beklentilere bakmak yerine, o duruma yönelik belirli beklentileri incelemenin daha işlevsel olacağı ifadesinden

yola çıkmıştır (Wallston vd., 1994). ÇBSDO ölçeği A ve B formları özellikle kişinin genel sağlık algısıyla ilgilenmektedir. Öte yandan, kronik bir hastalığa sahip bireyler genel sağlıklarıyla ilgili farklı bir denetim algısına sahipken kronik hastalıklarıyla ilgili farklı bir yönelimde olabilirler. Bu sebeple form C, kronik hastalıklarda özellikle o hastalık üzerinden kişinin sağlık denetim odağını ölçmektedir.

Levenson (1973; 1981), sağlık denetim odağı kavramının tek boyutlu olmadığını – iç ve dış denetim odaklarının eş zamanlı olarak bulunabileceğini- belirtmiştir. Ayrıca dış denetim odağının da çok boyutlu olduğunu ileri sürmüştür. ÇBSD ölçeği C formunda diğerleri-dış sağlık denetim odağı iki alt boyuta bölünmüştür: “doktorlar” ve “güçlü diğerleri” (Wallston vd., 1994). Bu ayırım, teşhis almış kişiler için doktorlarının sağlık durumları üzerindeki etkisinin önemini işaret etmektedir (Wallston, 2004).

Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği (Wallson vd., 1978) geliştirildikten sonra, sağlık alanındaki araştırmalarda sağlık denetim odağı kavramının çok daha sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (Christensen vd., 1996). ÇBSDO ölçeği (A ve B formu) ve sağlık durumuna yönelik işaretler arasında, sağlık davranışlarına kıyasla daha güçlü bir ilişki vardır (Wallston, 2004). Sağlık davranışları ele alındığında oldukça farklılık gösteren sonuçlar söz konusu olmaktadır. Bu ölçek ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiyle ilgili elde edilen sonuçların çelişkili olmasına yönelik olarak Rock ve arkadaşları (1987), alt ölçeklerin etkileşiminin de dikkate alınması sonucu, daha anlamlı bulgular elde edilebileceğini belirtmektedir. Örneğin hem iç sağlık denetim odağı hem güçlü diğerleri denetim odağı yüksek olan bir kişinin sağlık davranışları, bu boyutlardan sadece birinden yüksek puan almış birinden daha farklı olacaktır. Sonuç olarak, sağlık denetim odağı inançları sağlığı ve/veya sağlık durumunu tahmin eden değerler bütününe sadece bir parçasıdır ve büyük resmi gözden kaçırmak yanlış sonuçlar çıkarılmasına sebep olabilmektedir (Wallston, 1991).

Sağlık inançları yaşam boyu öğrenildikleri için, kendileri de geçmiş sağlık durumlarının ve kişinin sağlıkla ilgili deneyimlerinin birer sonucu olarak oluşmaktadırlar (Wallston vd., 1994). Geçmiş yaşantılarla birlikte, kişi sağlık alanındaki kontrol dağılımına yönelik bir inanç geliştirir. Kontrol kavramının bir inanç olduğu gerçeği son derece önemlidir (Wallston, 2001). Bir diğer nokta, C formunun belirli bir hastalık bazındaki kontrol beklentisini ölçtüğüdür. Beklentiler durumlarla sınırlı olmayabilir; kişi, yaşam boyu edindiği tecrübeler sonucu genellenebilir beklentiler edinir. Denetim Odağı (Rotter, 1966), sosyal öğrenme teorisinde bu tür genellenmiş beklentiler arasındadır (Wallston, 1997).

Wallston ve arkadaşları (1987), algılanan kontrolün genellenebilir olduğu kadar, durumlarla sınırlı da olabileceğini belirtmektedir. Kişinin teşhis konulduğu hastalıkla ilgili

kontrol algısı, genel olarak sağlık alanındaki kontrol algısıyla aynı olmayabilir. Bu sebeple Wallston (2001), eğer mümkünse Form A/B'nin de C formuna ek olarak uygulanarak daha geniş bir kontrol algısı değerlendirmesi yapılabileceğini öne sürmektedir.

2.4.3. SDO Boyutlarıyla İlgili Araştırma Bulguları

Sağlıkla ilişkili değişkenler ve genel kontrol inançları ele alındığında, bu alanlarda oldukça kısıtlı sayıda çalışma bulunduğu görülmektedir (Üstündağ-Budak, 1999). Bu çalışmanın doğası gereği, SDBY hastalarında SDO boyutlarından hangilerinin yüksek, hangilerinin düşük olmasının beklendiğine dair bir fikir sahibi olmak oldukça önemlidir. Bu sebeple, mevcut kısıtlı araştırmalar incelenmiş ve genel sonuçlara varılmaya çalışılmıştır.

Araştırmaların birçoğu SDBY hastalarının, özellikle hemodiyalize giren SDBY hastalarının daha dış denetim odaklı olduğunu göstermektedir (Çapoğlu, 2008; Kohli vd., 2011; Martin ve Thompson, 2000). Öte yandan, Ginieri-Coccosis ve arkadaşları (2008), yaptıkları çalışmada hemodiyaliz hastalarının daha yüksek oranda iç denetim odağı yöneliminde olduklarını görmüştür.

Yapılan araştırmaların birçoğu hemodiyaliz hastalarını ele almakla birlikte, diğer tedavi türleriyle (periton, böbrek nakli) karşılaştırmalı çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, Wolcott ve Nissenon (1988) yaptıkları çalışmada periton hastaları ve hemodiyaliz hastalarını ele almış ve bu iki grubun sağlık denetim odağı açısından bir farklılık göstermediklerini bulmuşlardır. Griva ve arkadaşları (2009), yaptıkları çalışmada diyaliz hastalarının nakil hastalarına oranla daha düşük kişisel kontrol inançları olduğunu görmüştür. Theofilou (2012), hemodiyaliz hastalarının peritona oranla daha yüksek İSDO değerleri gösterdiğini bulmuştur.

2.5. TEDAVİYE UYUM, DUYGUSAL SIKINTI, YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIK DENETİM ODAĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Yazında hemodiyaliz hastalarında denetim odağıyla duygusal iyilik durumu, tedaviye uyum ve yaşam kalitesini inceleyen pek çok araştırma mevcuttur.

2.5.1. Tedaviye Uyum ve Sağlık Denetim Odağı

Birçok çalışma, tedaviye uyum ve sağlık denetim odağı arasında anlamlı ilişkiler bulmuştur (Sanberk ve İnanç, 2009; Baydoğan ve Dağ, 2008; Cvengros vd., 2004). Kara

(2007), tedaviye uyumun, hastalık ve tedavi sürecinde kontrol algısıyla doğrudan ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bu açıdan, sağlık denetim odağı tedaviye uyum sürecinde önemli bir yere sahiptir (Gençöz ve Astan, 2006).

Yazına tedaviye uyum açısından bakıldığında, iç sağlık denetim odağına sahip hemodiyaliz hastalarının tedaviye daha fazla uyum gösterdiği görülmüştür (Devins vd., 1982; Levin ve Schultz, 1980; Poll ve Kaplan De-Nour, 1980; Weaver, 1972; Wenerowicz vd., 1978; Zetin vd., 1981; Baydoğan ve Dağ, 2008). Hastalığı boyunca doktorunun, diyetisyenin ve diğer sağlık ekibi üyelerinin tavsiyelerine uyması, sorumluluğu onlarla paylaşması kişinin sağlık denetim odağına bağlıdır (Christensen vd., 1991). Weaver (1972), hemodiyalize giren böbrek hastalarından iç sağlık denetim odağı yüksek olanların diyet kısıtlamalarına daha çok uyduğu, randevularına daha sadık olduğunu bulmuştur. Wenerowicz ve arkadaşları (1978) hemodiyaliz hastalarında iç sağlık denetim odağı yönelimli kişilerin tıbbi tedavi ve diyet kısıtlamalarına daha yüksek oranda uyum gösterdiklerini bulmuştur. Levin ve Schultz (1980), İSDO puanları daha yüksek olan böbrek hastalarının diyetlerine ve kilo alımı kısıtlamalarına daha iyi uyduklarını bulmuştur. Pang ve arkadaşları (2001) hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmada iç sağlık denetim odağı arttıkça seanslar arası kilo (SAK) alımının düştüğünü, yani tedaviye uyumun arttığını göstermiştir. Benzer bulgular, iç denetim odağına benzer bir kavram olan kontrol algısı için de gösterilmiştir. Örneğin, Cvengros ve arkadaşları (2004) algılanan kontrolün daha düşük olduğu hemodiyaliz hastalarının sıvı kısıtlamalarına daha düşük uyum gösterdiklerini bulmuşlardır. Öte yandan, diğer araştırmalar hemodiyaliz hastalarında iç sağlık denetim odağı arttıkça tedaviye uyumun azaldığını göstermiştir (Chambliss, 1997).

Bazı araştırmalar ise dış denetim odağı olan hemodiyaliz hastalarının tedaviye daha az uyum gösterdiklerini bulmuştur. Örneğin, Zetin ve arkadaşları (1981), dış denetim odağı olan hemodiyaliz hastalarının daha yüksek seanslar arası kilo alım değerleri (daha düşük tedaviye uyum) gösterdiklerini bulmuştur. Diğer araştırmalar hemodiyaliz hastalarında DğSDO arttıkça tedaviye uyumun düştüğünü göstermiştir. (Wallston ve Wallston, 1982; Wallston vd., 1983). Schneider (1992), hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada diyet uyum işareti olarak incelediği serum fosfor düzeylerindeki varyansın %8.9'unun DğSDO ile açıklandığını görmüştür. Sensky ve arkadaşları (1996), hemodiyaliz hastalarının serum potasyum değerlerini ele alarak, daha genç olmanın ve yüksek DğSDO'nun düşük tedaviye uyumu yordadığını tespit etmiştir. Wallston ve arkadaşları (1983), sağlık kontrollerinin güçlü diğerlerinin etkisinde olduğuna inanan kişilerin (DğSDO), davranışsal olarak tedavilerine çok daha az uyumla dahil olduklarını göstermektedir. Diğer araştırmalar ise DğSDO (Lin ve

Liang, 1997) veya DrSDO (McQuillen vd., 2003) arttıkça tedaviye uyumun da arttığını göstermektedir.

Ayrıca, tedaviye uyumla sağlık denetim odağı arasında bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da vardır (Schneider vd., 1991). Örneğin, Lin ve Liang (1997), hemodiyaliz hastalarında sağlık denetim odağının tedaviye uyumu açıklamada çok az bir etkiye sahip olduğunu bulmuşlardır. Araştırmaların bir kısmı, ŞSDO'nun (Goldstein, 1980; Hatz, 1978; Levin ve Schultz, 1980) ve DğSDO'nun (Christensen vd., 1997; Lee ve Molassiptis, 2002) tedaviye uyumla ilişkili olmadığını göstermiştir. Örneğin, Lee ve Molassiptis (2002), diyetini kendisi için aile bireylerinden biri hazırlayan hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumlarında anlamlı bir farklılık bulamamıştır. Sonuç olarak, diyet denetiminin “güçlü diğerleri”ne verildiği bu tabloda, DğSDO ve diyete uyum arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı görülmektedir.

Tedaviye uyum ve SDO arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaları özetlemek oldukça güçtür. Pek çok çelişkili sonuç bulunmaktadır. Bazı araştırmalar tedaviye uyumun en yüksek oranda iç denetim odağıyla ilişkili olduğunu iler sürseler de, dış denetim odağıyla pozitif bir ilişki içerisinde olduğunu gösteren araştırmalar ve aralarında anlamlı bir ilişki bulunmadığını öne süren çalışmalar da mevcuttur.

2.5.2. Duygusal Sıkıntı ve Sağlık Denetim Odağı

Duygusal sıkıntıyla sağlık denetim odağı ilişkisi kısıtlı sayıda araştırmada incelenmiştir. Bu araştırmalarda, duygusal sıkıntı ve denetim odağı ilişkisinin doğasına yönelik farklı bulgular mevcuttur (Christensen vd., 1996). Dış denetim odağının daha yüksek duygusal sıkıntı düzeyleriyle ilişkili olduğunu öne süren çalışmalar mevcutken (Kuo vd., 1979; Wu vd., 2004), daha az duygusal sıkıntıyla ilişkili olduğunu ifade eden çalışmalar da görülmektedir (Shelley ve Pakenham, 2004). Bazı araştırmalar ise dış sağlık denetim odağı olan hemodiyaliz hastalarının iç sağlık denetim odağı olan hastalara göre duygusal sıkıntı açısından bir farklılık göstermediklerini bulmuştur (Zetin vd., 1981).

Ayrıca, yüksek iç sağlık denetim odağının ciddi bir duygusal sıkıntı sebebi olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Devins vd., 1982). Bazı araştırmalar ise dış denetim odağı olan hemodiyaliz hastalarının iç denetim odağı olanlara göre duygusal sıkıntı açısından bir farklılık göstermediklerini ifade etmektedir (Zetin vd., 1981).

2.5.2.1. Depresyon ve Sağlık Denetim Odağı

Yazına depresyon açısından bakıldığında hemodiyaliz hastalarında birçok çalışma olduğu görülmektedir. Sağlık denetim odağının, hemodiyaliz hastalarında depresyonun bir yordayıcısı olduğu görülmüştür (Meijer vd., 2002; Baydoğan ve Dağ, 2008). Örneğin Baydoğan ve Dağ (2008), depresif belirtilerin %5.5'ini denetim odağı değişkeninin açıkladığını bulmuşlardır. Ancak bu ilişkinin yönü açısından bulgular tutarlı olmamıştır.

Araştırmaların birçoğu iç sağlık denetim odağının daha az depresyonla ilişkili olduğunu ifade etmektedir (Dağ, 1992). İç denetim odağıyla paralel olarak, algılanan kontrolün hemodiyaliz hastalarında depresyon düzeylerini doğrudan etkilediği görülmektedir (Christensen ve Ehlers, 2002). Christensen ve arkadaşları (1991), sağlığını kontrol edebileceğine yönelik inanca sahip, daha önce böbrek nakil girişimi olmamış hemodiyaliz hastalarının daha az depresyon rapor ettiklerini göstermiştir. Benzer bir şekilde, Devins ve arkadaşları (1982), algılanan kontrolün yüksek olduğu hemodiyaliz hastalarının kendilerini daha az depresif gördüklerini bulmuştur. Bazı diğer çalışmalar düşük iç denetim odağının daha yüksek depresyon seviyesiyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Soskolne vd., 1996; Cvengros vd., 2005; Gençöz ve Astan, 2006). Öte yandan, bazı diğer araştırmalar iç sağlık denetim odağının depresyonun işareti olduğunu göstermektedir (Cvengros vd., 2005; Gençöz ve Astan 2006).

İlişkinin doğasına yönelik farklılıklara rağmen, birçok araştırma dış denetim odağı ve depresyon arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (Molinari ve Khanna, 1981; VanderVoort vd., 1997; Soskolne vd., 1996; Theofilou, 2012). Araştırmaların birçoğu, dış denetim odağının daha yüksek depresyon düzeyleriyle (Baydoğan ve Dağ, 2008; McQuillen vd., 2003; Soskolne vd., 1996; Christensen vd., 1991) ilişkili olduğunu göstermektedir. Dış denetim odağının alt boyutlarına odaklanan diğer araştırmalar periton ve hemodiyaliz hastalarında yüksek DğSDO'nun (Theofilou; 2012), ve ŞSDO'nun (Molinari ve Khanna, 1981) yüksek depresyon seviyesi ile bağlantılı olduğunu göstermiştir.

Ancak dış sağlık denetim odağının daha düşük depresyonla ilişkili olduğunu ifade eden çalışmalar da görülmektedir (Shelley ve Pakenham, 2004). Bir başka çalışma da, sosyal desteğin tatmin edici bir düzeyde olması durumunda, dış sağlık denetim odaklı kişilerin düşük seviyede depresyon belirtileri yaşadıklarını göstermiştir (Gençöz ve Astan, 2006).

2.5.2.2. Anksiyete ve Sağlık Denetim Odağı

Depresyonda olduğu gibi bazı araştırmalar yüksek İSDO'nun yüksek anksiyete düzeyiyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Örneğin, Theofilou (2012), periton ve hemodiyaliz hastalarında yüksek İSDO'nun düşük durum anksiyetesiyle ilişkili olduğunu bulmuştur.

Diğer araştırmalar ise yüksek dış sağlık denetim odağının yüksek anksiyete ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Vander Voort vd., 1997; Kohli vd., 2011). Theofilou (2012), periton ve hemodiyaliz hastalarında DğSDO düzeyi yükseldikçe anksiyete düzeyinin arttığını tespit etmiştir. Kohli ve arkadaşları (2011), hemodiyaliz hastalarında yüksek anksiyetenin yüksek dış denetim odağıyla ilişkili olduğunu gömüştür. Molinari ve Khanna (1981), güçlü diğerleri denetim odağı arttıkça anksiyetenin yükseldiğini tespit etmiştir.

2.5.3. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Denetim Odağı

Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ve sağlık denetim odağıyla ilgili yeteri kadar çalışma bulunmamaktadır (Ginieri-Coccosis vd., 2008). Martin ve Thompson (2000), SDBY hastalarında sağlık denetim odağının yaşam kalitesi açısından önemli bir yordayıcı olduğunu göstermiştir. Daha özgül olarak, bazı araştırmalar hemodiyaliz hastalarında iç sağlık denetim odağı arttıkça (Sağduyu vd., 2006), özellikle fiziksel yaşam kalitesinin (Pucheu vd., 2004) ve yaşam kalitesinin zihinsel alt boyutunun (Bimelé vd., 2012) arttığını bulmuştur. Bazı çalışmalar da, hemodiyaliz hastalarının kendi kontrollerini koruyabildikleri ölçüde –İSDO olarak değerlendirilebilir- fiziksel yaşam kalitelerini korudukları ve kontrolü kaybettiklerini hissettikleri –dış sağlık denetim odağı- anda bundan en çok psikolojik yaşam kalitesi düzeylerinin etkilendiğini göstermektedir (Timmers vd., 2008; Pucheu vd., 2004; Wittenberg vd., 1983). Theofilou (2012), çalışmasında periton ve hemodiyaliz hastalarında İSDO'nun yüksek yaşam kalitesi değerleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Öte yandan, diğer araştırmalar düşük yaşam kalitesinin yüksek dış sağlık denetim odağı düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Örneğin Pucheu ve arkadaşları (2004), hemodiyaliz hastalarında DrSDO yükseldikçe fiziksel yaşam kalitesinin azaldığını göstermiştir. Bir başka çalışmada Theofilou (2012) periton hastalarında DğSDO arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını bulmuştur. Buna karşılık diğer araştırmalar güçlü diğerleri denetim odağı arttıkça yaşam kalitesinin (zihinsel alt boyutları) arttığını göstermiştir (Bimelé vd., 2012). Öte yandan, yaşam kalitesi ve sağlık denetim odağı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış çalışmalar da mevcuttur (Sanberk ve İnanç, 2009; Varela vd., 2011).

Bu tutarsız bulgulara açıklık getirmek amacıyla, bazı çalışmalar ışığında hemodiyaliz hastalarının iç sağlık denetim odaklı oldukları durumda fiziksel yaşam kalitelerini korudukları ve dış sağlık denetim odaklı oldukları durumda en çok psikolojik yaşam kalitesi düzeylerinin etkilendiği ifade edilmektedir (Timmers vd., 2008; Pucheu vd., 2004; Wittenberg vd., 1983).

Yaşam kalitesi ve denetim odağı arasındaki ilişki her ne kadar önemli kabul edilse de, ilişkinin doğası ve doğrultusuna yönelik farklı hasta gruplarında farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bu açıdan diğer hasta gruplarıyla yapılmış çalışmalar dikkate alındığında Şengül ve arkadaşları (2010), kronik bel ağrılı hastalarda şans denetim odağı yükseldikçe yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarının düştüğünü bulmuşlardır. Görülmektedir ki bu hasta grubunda şans/kader-dış denetim odağı yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Öte yandan, Zampieri (2011) Parkinson hastalarıyla yaptığı çalışmada dış denetim odağı yükseldikçe ve yaşam kalitesinin yükseldiğini tespit etmiştir.

2.6. ARAŞTIRMANIN AMACI ve ÖNEMİ

Wallston ve arkadaşları (1987), algılanan kontrolün genellenebilir olduğu kadar, durumlarla sınırlı da olabileceğini belirtmiştir. Kişinin teşhis aldığı hastalıkla ilgili kontrol algısı, genel olarak sağlık alanındaki kontrol algısıyla aynı olmayabilir. Bir başka deyişle, kronik bir hastalığa sahip bireyler genel sağlıklarıyla ilgili farklı bir denetim algısına sahipken kronik hastalıklarıyla ilgili farklı bir yönelimde olabilirler. Bu sebeple bu ölçeğin farklı versiyonları (A, B ve C formları) geliştirilmiştir. ÇBSDO ölçeği A/B formları özellikle kişinin genel sağlık algısıyla ilgilenmektedir. A/B Formları, genel popülasyondaki sağlık denetim odağını ölçmek için uygundur. Form C ise kronik hastalıklarda özellikle o hastalık üzerinden kişinin sağlık denetim odağını ölçmektedir. Bu form geliştirilirken, Rotter'in (1975), belirli bir psikolojik durumla ilgili davranışların/sonuçların tahmin edilebilirliği için genel beklentilere bakmak yerine, o duruma yönelik belirli beklentileri incelemenin daha işlevsel olacağı ifadesinden yola çıkılmıştır (Wallston vd., 1994). ÇBSD ölçeği C Formunda "diğerleri" maddeleri iki alt boyuta bölünmüştür: "doktorlar" ve "güçlü diğerleri" (Wallston, 2004).

Ölçeğin C formu kronik hasta gruplarının mevcut durumunu dikkate alarak geliştirilmiş ve maddelerdeki ifadeler buna göre oluşturulmuştur (Wallston vd., 1994). Bu uygunluk doğrultusunda, C formunun, kronik hastalığı olan (diyabet, yüksek tansiyon gibi) popülasyonlarda daha güçlü bir yordama imkanı sunacağı düşünülmektedir. Türkiye'de daha önce bu ölçeğin en sık kullanılan ve genel popülasyona yönelik olan yalnızca A Formunun

adaptasyon çalışması Üstündağ-Budak (1999) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu açıdan, Türkiye’de henüz uyarlanması yapılmamış olan bu formun adaptasyonunun, kronik hastalarla yapılan çalışmalara katkıda bulunması beklenmektedir.

Diğer yandan, adaptasyon çalışmasının bir parçası olarak ele alınan yaşam kalitesi, duygusal sıkıntı, tedaviye uyum ve SDO ilişkileri açısından elde edilen anlamlı sonuçların, SDO’nun bu değişkenlere etkisi incelenirken ve düşük yaşam kalitesi, duygusal iyilik ve diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyuma yönelik psikolojik müdahalelerdeki ilerleme izlenirken kullanılabileceği öngörülmektedir.

Bu araştırmanın amacı; Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinin, belirli bir rahatsızlığı olan hasta bireylere yönelik C Formunun Türkçe adaptasyonunun SDBY tanısı almış ve hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda gerçekleştirilmesidir. Adaptasyonu gerçekleştirmek amacıyla ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği incelenmiştir. Güvenirlik açısından ölçeğin iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliğine bakılmıştır. Geçerlilik açısından; yapı geçerliği ve ölçüt bağımlı geçerliliği değerlendirilmiştir.

Araştırmada, uyum (concurrent) geçerliği yerine, kestirim (predictive) geçerliği kullanılmıştır. Bunun sebepleri arasında yazına bakıldığında kronik hastalara yönelik benzer bir ölçeğin henüz adaptasyon çalışmasının yapılmamış olması yer almaktadır. Sağlık denetim odağı söz konusu olduğunda sıklıkla genel popülasyona yönelik olan ÇBSDO ölçeği A Formunun (örn. Sanberk ve İnanç, 2009) veya yine genel popülasyona yönelik Rotter’in İç-Dış Kontrol Odağı ölçeğinin (örn. Çapoğlu, 2008) kullanıldığı görülmektedir. Mevcut ölçeklerin hemodiyaliz hastalarına uygun olup olmadığı değerlendirilerek, uyum geçerliği için kullanılmamasına karar verilmiştir.

İlişkinin doğasına yönelik karışık sonuçlar olmasına karşın, yazında sağlık denetim odağı ile yaşam kalitesi, duygusal sıkıntı ve tedaviye uyum arasında bir ilişki olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur. Bu sebeple, bu değişkenlerin kestirim geçerliği için uygun olduğuna karar verilmiş ve çalışmaya bu değişkenler dahil edilmiştir.

Kronik hastalıklar söz konusu olduğunda birçok farklı hasta popülasyonu mevcuttur. Bu çalışmada SDBY hastalarından hemodiyaliz tedavisi görenler değerlendirilmiştir. Hemodiyaliz hastalarının hastalık ve tedavilerinin yaşamlarında oldukça geniş bir yer kaplaması (sürekli diyet uygulamaları, haftada üç kez dörder saatlik hemodiyaliz seansları gibi) ve farklı bir tedavi mümkün olmadığı sürece yaşam boyu hemodiyalize devam etmeleri; bu hastalığın “kronik” tanımını tam anlamıyla karşılmasına neden olmaktadır. Ayrıca, hemodiyaliz tedavisinin uygulanış şekli hastalara kolay ulaşım sağladığı gibi, seansların uzunluğu araştırmaya katılıma gönüllülük ve işbirliği açısından etkili olmuştur. Son olarak

sağlık denetim odağı açısından diğer hasta popülasyonlarına kıyasla göreceli olarak daha çok çalışmanın varlığı, duygusal sıkıntı, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum değişkenleri ile kestirim açısından kolaylık sağlamıştır.

2.7. HİPOTEZLER

Araştırmalar, hemodiyaliz hastaları söz konusu olduğunda daha yüksek oranda iç sağlık denetim odağının veya dış sağlık denetim odağının olmasının; tedaviye uyum, duygusal iyilik durumu ve yaşam kalitesini olumlu veya olumsuz şekilde etkilediğini öne süren farklı çalışmalar bulunmaktadır. İç sağlık denetim odaklı hastaların genel olarak daha etken, kendi davranışlarının sorumluluğunu alma olasılığı daha yüksek ve olumsuz yaşam olaylarını değiştirmeye yönelik adımlar atan kişiler olduklarını söylemek mümkündür (Wallston ve Wallston, 1982). Sağlıkla ilgili konularda tüm sorumluluğu kendisinde gören bir hasta, sağlık durumu kötüleştiğinde, özellikle kronik bir hastalık tanısı konulduğunda suçluluk duymaya daha açık olacaktır. Suçluluk hissi, ayrıca sağlığı tehdit eden bir durum söz konusu olduğunda hastanın uygunsuz davranma riskini beraberinde getirmektedir. Buna karşılık, iç sağlık denetim odağı, SDBY bağlamında hastaların hastalıklarını kontrol altında tutulabileceğine dair inancı getirebilir (Baydoğan ve Dağ, 2008) ve hastayı zahmetli sıvı ve diyet kısıtlamalarına uymaya teşvik edebilir. Bu his aynı zamanda hastanın duygusal anlamda kendini olumlu hissetmesine ve yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olabilir.

Öte yandan, gerçekçi tabloda kişinin kendi kontrolü (iç kontrol) düşükse, ki kronik ve ilerleyen bir hastalıkta durum böyledir, iç sağlık denetim odağı yönelimi uygun strateji olamamaktadır. Dahası, böyle bir yönelim benimsemenin duygusal sıkıntıya sebep vermesi olasıdır. Çünkü kişide hastalığı kontrol etmeye yönelik girişimler tekrar tekrar başarısızlıkla sonuçlanacaktır (Griffin ve Rabkin, 1998). Var olan kronik hastalığın kişiye kontrol edebileceği çok az şey sunduğu bir tabloda İSDO, ruhsal açıdan olumsuz etkiler doğurabilmektedir. Böyle bir durumda kontrolü diğer kişilerle paylaşmak (yüksek İSDO ve DğSDO) daha uygun olabilmektedir (Reid, 1984; akt. VanderVoort vd., 1997). Buna bağlı olarak kronik bir hastalık sonucu kişi çevresindeki insanlara ve sağlık personeline daha çok güvenmeye başlayabilir ve DğSDO geliştirebilir (Wallston ve Wallston, 1982). Böylelikle yüksek dış denetim odağı hastayı tedaviye uyuma teşvik edebilir ve bunun sonucunda güvendiği kişileri menun etme hissi duygusal sıkıntıyı azaltabilir ve yaşam kalitesini arttırabilir. Kronik hastalığa sahip bireyler, sağlık ve hastalığın denetim odağıyla olan ilişkisine yönelik karmaşık ve farklılaşmış inançlara sahip olabilirler. İSDO inançlarını

korurken, kronik hastalıkla birlikte hastalığa kendilerinin sebep olmadığını hissedebilir ve ŞSDO geliştirebilirler (Wallston ve Wallston, 1982). Bunun sonucunda bu belirsizlik ve kontrolsüzlük hissi hastanın kendisini duygusal anlamda kötü hissettirebilir ve tedaviye uyumu ve yaşam kalitesi düşebilir. Wallston (1982), kronik bir hastalık söz konusu olduğunda ideal karışımın iç ve güçlü diğerleri sağlık denetim odaklarının orta yükseklikte, şans sağlık denetim odağının orta düşüklükte olduğunu belirtmektedir.

Yazında mevcut olan bulgular, ağırlıklı olarak elde edilen ilişki yönleri ve yukarıda yapılan yorumlar çerçevesinde Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı C Formu'nun ölçüt bağımlı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla birtakım hipotezler geliştirilmiştir. Bunlar aşağıda verilmiştir:

H1 İç sağlık denetim odağı yükseldikçe, duygusal sıkıntı azalacak, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum artacaktır.

H2 Güçlü diğerleri sağlık denetim odağı yükseldikçe duygusal sıkıntı azalacak, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum artacaktır.

H3 Doktorlar sağlık denetim odağı yükseldikçe duygusal sıkıntı azalacak, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum artacaktır.

H4 Şans sağlık denetim odağı arttıkça duygusal sıkıntı artacak, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum azalacaktır.

BÖLÜM 3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırma, tarama modeliyle gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkeni sağlık denetim odağı; bağımlı değişkenleri ise duygusal sıkıntı, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumdur.

3.2. ÖRNEKLEM

Araştırmanın evreni, Türkiye genelinde hemodiyaliz tedavisi gören SDBY tanısı almış hastalardır. Araştırmanın örneklemini ise İstanbul'un Avrupa yakasının Avcılar, Bahçelievler, Bağcılar ve Halkalı'yı da içeren çeşitli semtlerinde bulunan diyaliz merkezlerinde ve yine

Avcılar'daki iki özel hastanenin hemodiyaliz birimlerinde hemodiyaliz tedavisi görmekte olan toplam 196 SDBY hastası oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 202 hastadan 2'si ölçekleri iade etmediğinden, 3'ü bütün ölçekleri eksiksiz doldurmadığından ve 1 hasta da eşlik eden Alzheimer hastalığı sebebiyle araştırma dışında tutulmuştur.

3.3. İŞLEM

Araştırma çeşitli diyaliz merkezlerinde ve hastanelerin diyaliz bölümlerinde, gönüllülük esasına dayanarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma öncesi, çalışmanın yapılacağı kurumlardan onay alınmıştır. Bu kurumlarda, önceden belirlenmiş araştırma günlerinde hemodiyaliz birimindeki sorumlu sağlık personeli bilgilendirildikten sonra katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu verilmiş ve sözel olarak araştırmanın amacı kısaca anlatılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar, ölçekleri tedavinin başlamasından iki saat sonra ile bitmesinden bir saat öncesi arasındaki zaman dilimi içerisinde doldurmuşlardır.

Farklı hastalar ölçekleri, sıra etkisini önlemek amacıyla farklı sıralarda doldurmuşlardır. Ölçeklerin doldurulmasında herhangi bir zaman kısıtlamasına gidilmemiştir. Ölçeklerin cevaplanması, her bir hasta için ortalama 30 dakika sürmüştür. Ölçekler doldurulduktan sonra, tedaviye uyuma yönelik veriler hastaların dosyalarından temin edilmiştir. Araştırmaya katılan haastalardan 189'una ölçekte yer alan ifadeler araştırmacı tarafından okunmuştur. Hastaların ölçekleri kendilerinin doldurmamalarının sebepleri arasında gözle ilgili problemler, hipotansiyona yönelik önlem olarak yatay pozisyonda kalma ihtiyacı, yazı için kullanılan kolda fistül bulunması, okuma yazma bilmiyor olmak, hastanın dinleyerek cevap vermeyi tercih etmesi yer almaktadır. Her bir hasta için bu sebeplerden bir veya birkaçı geçerli olmuştur.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma kapsamında Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği - C Formu, Kısa Form 36 ve Genel Sağlık Anketi; ayrıca hastaların demografik ve sağlık bilgilerini almak üzere hazırlanmış Bilgi Formu kullanılmıştır. Son olarak diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum bilgisi, klinik verilerden (kandaki Üre, Potasyum, Fosfor, Kreatinin, Albumin değerleri ve seanslar arası kilo farkları) faydalanılarak elde edilmiştir.

3.4.1. Bilgi Formu

Bu form, araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik bilgilerini öğrenmek ve klinik durumlarıyla ilgili bilgi edinmek amacıyla oluşturulmuştur. Bilgi Formunda, hastaların yaşı, cinsiyeti, yaşadıkları yer, medeni durumları, mesleki ve eğitim durumları, gelir düzeyleri (“600-1200 TL” gibi miktar aralıkları şeklinde) ve klinik durumlarıyla ilgili bazı sorular (“Başka bir rahatsızlığınız var mı?”, “İdrara çıkıyor musunuz?” gibi) yer almaktadır.

Gelir düzeyleriyle ilgili soruda “1800’den fazla” ibaresinin daha detaylandırılmamasının sebebi; SDBY hastalarının gelir düzeylerinin göz önünde bulundurulmasıdır. (Çalışma sonunda bu kategoride yer alan hasta sayısının azlığı bu seçimi destekler nitelikte olmuştur.)

3.4.2. Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği – C Formu

Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği – C Formu (Wallston vd., 1978) özgül bir sağlık problemi ile ilgili olarak; hastanın iç, şans, doktorlar ve diğer kişiler olmak üzere dört alt alana yönelik kontrol tutumlarını değerlendiren bir ölçeğtir. İç ve şans alt ölçeğleri 6, doktorlar ve güçlü diğerleri alt ölçeğleri üçer maddeden oluşmaktadır. Katılımcılar her bir maddeyi 6 seçenekten (“kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, katılmama eğilimindeyim, katılma eğilimindeyim, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum”) kendileri için en uygun olanı seçerek cevaplamıştır. ÇBSDO ölçeğinden alınabilecek puanlar 6 maddelik alt ölçeğler için 6 – 36; 3 maddelik alt ölçeğler için 3 - 13 aralığındadır. Ters madde bulunmamaktadır. Alt ölçeğler birbirlerinden bağımsızdır. Bu sebeple, tüm ölçeğin toplam puanı hesaplanmaz (Wallston ve Wallston, 1981). Herhangi bir alt ölçeğteki yüksek puan, kişinin bu boyuta inancının yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bu araştırma kapsamında yapılmıştır. Puanlama, Tablo 3.1’deki gibidir.

Tablo 3.1. ÇBSDO Ölçeği Puanlama.

ÇBSDO Puanlama			
<u>Alt Faktör</u>	<u>Form</u>	<u>Olası Aralık</u>	<u>Maddeler</u>
İç	A, B, C	6-36	1, 6, 8, 12, 13, 17
Şans	A, B, C	6-36	2, 4, 9, 11, 15, 16
Diğerleri	A, B	6-36	3, 5, 7, 10, 14, 18
Doktorlar	C	3-18	3, 5, 14
Güçlü Diğerleri	C	3-18	7, 10, 18

Orjinal ölçeğin Cronbach alfa değerleri Wallston, Stein ve Smith (1994) tarafından .70 veya üzeri olarak tespit edilmiştir. Formun alt ölçekleri kronik hastalığı olan iki ayrı örnekleme uygulanmış ve kabul edilir iç tutarlılık bulunmuştur (İSDO için $r= 0.87$ ve $r= 0.85$; ŞSDO için $r= 0.82$ ve $r= 0.79$; DrSDO için $r= 0.71$ ve $r= 0.71$; DğSDO için $r= 0.71$ ve $r= 0.70$) . Uyum geçerliği açısından Form B ile yüksek bir korrelasyon bulunmuştur (Wallston, Stein ve Smith, 1994).

3.4.3. Kısa Form 36 (Short Form 36; SF- 36)

Kısa Form 36 (Short Form 36; SF- 36), Ware ve Sherbourne (1992) tarafından geliştirilen yaşam kalitesini ölçmeye yönelik 30 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Son bir ay içindeki durumu dikkate almaktadır. Ölçek, sağlığın 8 boyutunu [fiziksel fonksiyon (FF), sosyal fonksiyon (SF), fiziksel rol kısıtlaması (FRK), emosyonel rol kısıtlaması (ERK), mental sağlık (MS), canlılık, bedensel ağrı ve genel sağlık (GS)] kapsamaktadır (Ware ve Sherbourne, 1992) (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. SF-36 Madde Dağılımı ve İçerik.

Kavram	Madde	Seviye	İçerik
Fiziksel fonksiyon (FF)	10	21	Sağlık durumu, fiziksel aktiviteyi ne derece kısıtlamakta
Fiziksel rol kısıtlaması (FRK)	4	5	Sağlık durumu, iş ve günlük aktiviteleri ne derece kısıtlamakta
Bedensel ağrı	2	11	Yoğunluğu ve gündelik hayata ne kadar etki ettiği
Genel sağlık (GS)	5	21	Kendi sağlığına yönelik tahmin
Canlılık	4	21	Yaşam dolu/ bitkin hissetmek
Sosyal fonksiyon (SF)	2	9	Sağlık sorunlarının sosyal aktiviteleri ne kadar ve sıklıkta etkilediği
Emosyonel rol kısıtlaması (ERK)	3	4	Duygusal durumun iş ve diğer aktiviteleri ne kadar etkilediği
Mental sağlık (MS)	5	26	Genel mental sağlık (gergin, sakin, mutlu)
Rapor edilen değişiklik	1	5	Bir yıl öncesine kıyasla verilen sağlık puanı

(Mingardi, 1998)

FF, yıkanma gibi aktiviteler dahil tüm fiziksel etkinliklerde kısıtlanma; SF, fiziksel ve duygusal sorunlara bağlı olarak toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesintiler olması; FRK, fiziksel kısıtlılıklara bağlı olarak iş ve diğer uğraşlarda sorunlar; ERK, duygusal sorunlara bağlı olarak iş ve diğer uğraşlarda sıkıntı; MS, sürekli sinirlilik veya depresyon hali; ağrı, aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı; canlılık, sürekli yorgun ve bitkin hissetme ve GS, sağlığın kötü

olduğuna ve giderek kötüleŖeceđine inanma anlamına gelmektedir (Ware ve Sherbourne, 1992). Puanlar her bir alt ölçek için ayrı ayrı değerlendirilir. Tek bir toplam puan söz konusu değildir. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Dündar ve arkadaşları (2002), SDBY hastalarının da dahil olduğu farklı kronik hastalık gruplarını kapsayan bir örnekleme ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirerek Cronbach alfa katsayılarının alt gruplar için 0.74-0.92 arasında değiştiğini göstermiştir. Ölçütsel geçerliği açısından, Türkiye geçerlik ve güvenilirliği Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmış olan WHOQOL-BREF ölçeğiyle karşılaştırılmış ve fiziksel ve psikolojik boyutlarda yüksek (0.677 - 0.667); genel sağlık boyutunda orta (0.567) ve sosyal boyutlarda düşük (0.393) korrelasyonlar bulunmuştur.

3.4.4. Genel Sağlık Anketi-28 (GSA)

Genel Sağlık Anketi-28 (GSA) (Goldberg ve Hillier, 1979) psikotik olmayan depresyon ve bunaltı belirtilerini tespit etmeye yönelik 28 maddelik bir ölçektir. Türkiye’de geçerlik güvenilirlik çalışmasını Kılıç (1996) yapmıştır. İç tutarlılığı 84, tekrar test korelasyonu 0.67 olarak bulunmuştur. Çebi (2009), Türkiye’de üniversite öğrencileriyle yaptığı geçerlik güvenilirlik çalışmasında Barlett Küresellik değerini anlamlı ve KMO değerini 0.90 olarak bulmuştur. Her bir madde, hastanın son zamanlarda belirtileri yaşayıp yaşamadığına yöneliktir ve cevaplanırken 5li likert tipi (Hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık) ölçek kullanılır. Bu ölçekten alınacak toplam puan 0-84 arasında değişebilir. Alt ölçekleri depresyon, anksiyete, somatik belirtiler ve sosyal içe çekilmedir. Alınan puan toplam olarak değerlendirilebileceği gibi alt ölçekler için ayrı ayrı da ele alınabilir. Bu ölçek vasıtasıyla ‘vaka’ tespiti de yapılabilir. Bunun için alternatif bir puanlama kullanılır. Buna göre daha az belirti ifade eden iki madde 0, diğer iki madde 1 puan alır. 4 puan eşiğini açma ‘vaka’ olarak tespit edilir. Bu değerlendirmenin, diğer değişkenlerle birlikte ele alınması gerektiği ve tek başına belirleyici bir işlevi olmadığı vurgulanmıştır (Jackson, 2007).

3.4.5. Diyet ve Sıvı Kısıtlamalarına Uyum

Diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyumu ölçmek için daha önce yapılan çalışmalar temel alınmıştır (Kutner, 2001; Kara, 2007; Kugler vd., 2005; Cvengros vd., 2004). Hastaların son iki aydaki hemodiyaliz seansları arasındaki kilo (SAK) farklarına bakılmıştır. Bu fark

üzerinden sıvı kısıtlamalarına uyumları değerlendirilmiştir. Ayrıca, serum fosfor, potasyum, üre, kreatinin ve albumin değerleri üzerinden ilaç ve diyetle uyumları ele alınmıştır. Kreatinin yüksek olması (>6.5), yüksek fosfor seviyesi (<5.5), potasyum seviyesi, 3.5-5.5 değerleri arasında olmaması ve ürenin 180'den fazla olması diyetle uyulmadığını göstermektedir. Yüksek fosfor seviyesi aynı zamanda hastanın ilacı düzensiz kullandığına işaret etmektedir. Albumin'in 3.4'ten az olması yetersiz protein alımını belirtmektedir.

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Ölçekler, kendilerine özgü puanlandırma yöntemleriyle değerlendirilmiştir. Toplanan veriler, SPSS (16.0) programında analiz edilmiştir. Bilgi Formundan elde edilen bilgiler; ortalama, dağılım, yüzdelik gibi betimleyici istatistikler açısından incelenmiştir. Ölçeklerden elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediklerini belirlemek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testleri yapılmıştır. ÇBSDO alt boyutlarının; GSA değerlerinin ve SF-36 alt boyutlarının çoğunun normal dağılım göstermediği görülmüştür (bkz. Tablo 4.5). Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı C Formunun geçerliği ve güvenilirliğinin incelenmesi amacıyla, Kaiser-Meyer-Olkin Testi, Barlett Testleri, Temel Bileşenler Analizi, Cronbach Alpha Katsayısı, Spearman'ın sıralama korelasyon analizi, Kruskal Wallis H testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

BÖLÜM 4. BULGULAR

Bu araştırmada, İstanbul'daki çeşitli hemodiyaliz merkezleri ve hastanelerin hemodiyaliz birimlerinden 196 hastaya ÇBSDOÖ, SF-36 ve GSA ölçeği uygulanmış ve kan değerleri dikkate alınmıştır. Elde edilen bulgular sonucunda sırasıyla bireylerin sosyodemografik özellikleri, ÇBSDOÖ geçerliği ve güvenilirliği incelenmiştir.

4.1. DEMOGRAFİK ve TIBBİ ÖZELLİKLER

Örneklemin % 44,4'ü (N= 87) kadın, % 55,6'sı (N= 109) erkekti. Araştırmaya katılan hastaların yaşları 18 ile 87 arasında değişmekle birlikte ortalama olarak 57'ydi (SS= 15,68). Medeni durum ele alındığında % 71,8 çoğunlukla 140 hasta evli iken 30 hasta (%15,4) dul, 20

hasta (%10,3) bekar, 3 hasta (%1,5) boşanmış ve 2 hasta (%1) ayrı yaşamaktaydı. Aktif olarak çalışan birey sayısı 9 (%4,6), çalışmayan sayısı 90 (%45,9) ve emekli sayısı 96'ydı (%49). Çalışmayan hastalardan 83'ü (%92,1) “hiç çalışmadığını” belirtirken, 7'si (%7,9) “iş aramakta” olduğunu belirtti. Emekli hastaların 42'si (%42,9) sağlık problemlerinden dolayı, 54'ü (%57,1) sağlık problemlerinden bağımsız sebeplerden dolayı emekli olmuşlardı (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Demografik Dağılımlar.

	Sayı N	Yüzde %
Cinsiyet		
Kadın	87	44.4
Erkek	109	55.6
Medeni Hal		
Bekar	20	10.3
Boşanmış	3	1.5
Evli	140	71.8
Ayrı yaşıyor	2	1
Dul	30	15.4
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	9	4.6
Çalışmıyor	90	45.9
Emekli	96	49
Eğitim Durumu		
Okuma-yazma bilmiyor.	28	14.3
Okuma-yazma biliyor.	17	8.7
İlkokul mezunu	88	44.9
Ortaokul mezunu	21	10.7
Lise mezunu	27	13.8
Yüksekokul mezunu	6	3.1
Üniversite mezunu	8	4.1
Gelir Düzeyi		
600'den az	47	24.2
600-1200	118	60.8
1200-1800	20	10.2
1800'den fazla	9	4.6

Eğitim durumu açısından incelendiğinde 28 hasta (%14.3) okuma-yazma bilmediğini, 17 hasta (%8.7) sadece okuma-yazma bildiğini; 88 hasta (%44.9) ilkokul mezunu, 21 hasta (%10.7) ortaokul mezunu, 27 hasta (%13.8) lise mezunu, 6 hasta (%3.1) yüksekokul mezunu olduğunu ve 8 hasta (%4.1) üniversite mezunu olduğunu belirtti. Hastaların hemodiyaliz süreleri 1 ay ve 252 ay arasında değişirken ortalama olarak 54 aydı (SS= 54.12).

Hastalardan 47'sinin (%24.2) gelir düzeyi 600 TL'den az, 118'inin (%60.8) 600TL-1200TL arasında, 20'sinin (%10.2) 1200TL-1800TL arasında ve 9'unun (%4.6) 1800TL'den fazlaydı. Yüzdoksanaltı hastanın her biri (%100) haftada 3 seansa gelmekteydi.

Toplam 104 hasta (%53.9) hiç idrara çıkmazken 89 hasta (%46.1) halen idrara çıkmaktaydı. İdrara çıkanlardan 46'sı (%51.1) "günde 1-2 defa", 43'ü (%47.8) "günde 3-4 defa" ve 1 hasta da (%1.1) "daha çok" idrara çıkmaktaydı. Hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde elde edilen dağılım Tablo 4.1'deki gibidir.

4.2. ÇBSDO ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİĞİ VE GÜVENİRLİĞİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Ölçeğin çeviri çalışması için öncelikle, ölçek iki dil bilen (İngilizce, Türkçe) Psikoloji Bölümünden bir yüksek lisans öğrencisi tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Daha sonra elde edilen Türkçe form, Psikoloji bölümünden, İngilizce ve Türkçe bilen bir öğretim görevlisi tarafından incelenmiş ve İngilizce form ile karşılaştırılmış, aradaki tutarlılık incelenmiştir. Ardından, elde edilmiş Türkçe form, bir başka psikoloji yüksek lisans öğrencisi tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Elde edilen İngilizce form ile orijinal form incelenmiş, aralarındaki tutarlılık kontrol edilmiştir. Tatmin edici bir tutarlılık görüldükten sonra Türkçe form anlam ve gramer açısından incelenmiş, gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Bir sonraki aşamada, pilot çalışması için Türkçe ölçek 10 hemodiyaliz hastasına uygulanmıştır. Net ve anlaşılır bulunmayan ifadeler düzeltilmiştir.

Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinin yapı geçerliğini incelemek için temel bileşenler analizi uygulanmıştır. Örneklem uygunluğu (sampling adequacy) ve Barlett Sphericity testleri yapılmıştır.

Verilerin faktör analizine uygunluğu için KMO 0.60'tan yüksek ve Barlett testinde anlamlılık gerekmektedir. Madde analizi sonucunda madde toplam korelasyon değerleri .20'nin üzerinde elde edilmiştir. Analizler sonucunda KMO örneklem uygunluk katsayısı 0.797 ve Barlett Sphericity testi χ^2 değeri 1141.271 df(153) (p=0.000) olarak bulunmuştur (Tablo 4.2).

Tablo.4.2. Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett Testi Sonuçları.

KMO	.797
Barlett Küresellik Testi	
χ^2	1141.271
df	153
p	.000

Yapılan oblik döndürmeli temel bileşenler analizi sonucu toplam varyansın % 56.218'ini açıklayan, 18 madde ve 4 alt ölçek tespit edilmiştir. Alt boyutlarda yer alan maddelerin orijinal formdaki maddelerle birebir örtüştüğü görülmüştür. Ölçeğin faktör yükleri Tablo 4.3'te verilmiştir. Şans Sağlık denetim odağı ölçeği, 6 maddeden oluşmuş ve varyansın %18.28'ini açıklamıştır. İç Sağlık Denetim Odağı alt ölçeği (6 madde) toplam varyansın %17.74'ünü açıklamıştır. Üç maddeden oluşan Doktorlar Denetim Odağı alt ölçeği ise toplam varyansın %10.20'sini açıklamıştır. Son olarak Güçlü Diğerleri Denetim Odağı alt ölçeği (3 madde) toplam varyansın %9.99'unu açıklamıştır. (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. ÇBSDO Ölçeğinin Faktör Yükleri.

Madde	Şans	İç	Doktorlar	Diğer İnsanlar
2 Hastalığım düşünüldüğünde, her şey olacağına varacaktır.	0.47			
4 Hastalığımı etkileyen çoğu şey, şans eseri başıma gelmiştir.	0.68			
9 Hastalığının iyi gitmesinde şans büyük bir rol oynamaktadır.	0.80			
11 Hastalığımla ilgili oluşan herhangi bir iyileşme, büyük ölçüde iyi talihin işidir.	0.78			
15 Eğer hastalığım kötüleşirse bu kaderin işidir.	0.82			
16 Eğer şanslıysam hastalığımı iyiye gidecektir.	0.71			
1 Eğer hastalığım kötüleşirse, kendimi ne kadar kısa sürede tekrar iyi hissedeceğimi kendi davranışlarım belirleyecektir.		0.60		
6 Hastalığının iyiye ya da kötüye gitmesinden doğrudan ben sorumluyum.		0.79		
8 Hastalığımla ilgili kötü giden ne varsa benim kendi suçumdur.		0.76		
12 Hastalığımı etkileyen esas şey, benim kendimin ne yaptığımdır.		0.80		
13 Hastalığım iyiye gittiğinde övgüyü, kötüleştiğinde suçu ben üstlenmeliyim.		0.72		
17 Eğer hastalığım kötüye gitmeye başlarsa, bu kendime iyi bakmadığım içindir.		0.50		
3 Eğer doktorumu düzenli görürsem, hastalığımla ilgili problem yaşama olasılığım düşer.			0.76	
5 Hastalığım ne zaman kötüleşse bir sağlık uzmanına danışmalıyım.			0.65	
14 Doktorun dediklerini harfiyen uygulamak, hastalığının kötüleşmesini önlemenin en iyi yoludur.			0.70	
7 Hastalığının iyileşmesi, aynı kalması ya da kötüleşmesinde diğer insanlar büyük bir rol oynamaktadır.				0.56
10 Hastalığının iyiye gitmesi, diğer insanların hayatta doğru şeylerin olduğuna inanmasına bağlıdır.				0.65
18 Başkalarından aldığım yardımın şekli, hastalığının ne kadar çabuk iyiye gideceğini belirler.				0.59

Toplam ölçeğin ve alt ölçeklerin güvenilirliği değerlendirmek için Cronbach Alpha değerleri hesaplanmıştır. Bu değerler toplam ölçek için 0.61, İç Sağlık Denetim Odağı ve Şans Sağlık Denetim Odağı alt ölçekleri için 0.82, Doktorlar Sağlık Denetim Odağı alt ölçeği için 0.63 ve Güçlü Diğerleri Sağlık Denetim Odağı alt ölçeği için 0.57 olarak bulunmuştur. (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Çok boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği güvenilirlik katsayıları.

Ölçek	Cronbach Alpha	Test - Tekrar test güvenilirliği
İç Sağlık Denetim Odağı	0.82	0.88
Şans Sağlık Denetim Odağı	0.82	0.83
Doktorlar Sağlık Denetim Odağı	0.63	0.72
Güçlü Diğerleri Sağlık Denetim Odağı	0.57	0.57

Ölçeğin ve alt ölçeklerin test tekrar test güvenilirliğini incelemek için ölçek 40 katılımcıya 2 ay arayla tekrar uygulanmıştır. Toplam ölçeğin güvenilirlik değeri 0.82 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerin güvenilirlik değerleri İç Sağlık Denetim Odağı alt ölçeği için 0.88, Şans Sağlık Denetim Odağı alt ölçeği için 0.83, Doktorlar Sağlık Denetim Odağı alt ölçeği için 0.72 ve Güçlü Diğerleri Sağlık Denetim Odağı alt ölçeği için 0.57 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi, hastaların GSA ortalaması 25,03 (SS= 6,69) olarak bulunmuştur. ÇBSDO ölçeğinin alt ölçekleri incelendiğinde ortalama 11.31 ile 26.27 arasında değiştiği görülmektedir. ÇBSDO ölçeğinin alt boyutlarının normal dağılımını test etmek amacıyla uygulanan Kolmogorov-Smirnov testi sonucu bu değerlerin normal dağılım göstermediği görülmüştür (Tablo 4.5). SF-36 alt ölçekleri incelendiğinde ortalama puanlar 4.55 ile 20.11 arasında değişmektedir.

Katılımcıların tedaviye uyum değişkenlerinin dağılımları ve Kolmogorov-Smirnov test sonuçları verilmiştir. Katılımcıların albümin ortalaması 3.85 (SS = 0.48), fosfor ortalaması 5.07 (SS = 1.29), potasyum ortalaması 4.29 (SS = 0.63), kreatinin ortalaması 5.30 (SS = 1.60), üre ortalaması 120.59 (SS = 52.31) ve SAK ortalaması 1.56 (SS = 1.01) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.5. ÇBSDO, GSA, SF-36 ve Tedaviye Uyum Değişkenlerinin Dağılımları

Değişkenler (N=196)	X	S	Kolmogorov-Smirnov Z
ÇBSDO alt ölçekleri			
İç Sağlık Denetim Odağı	26.27	6.87	0.165*
Şans Sağlık Denetim Odağı	25.01	7.28	0.161*
Doktorlar Sağlık Denetim Odağı	15.20	2.63	0.259*
Güçlü Diğerleri Sağlık Denetim Odağı	11.31	3.63	0.104*
Genel Sağlık Anketi	25.03	6.69	0.133*
SF-36 alt ölçekleri			
Fiziksel Fonksiyon	20.11	5.74	0.099*
Fiziksel Rol Kısıtlaması	5.51	1.80	0.338*
Bedensel Ağrı	5.76	3.09	0.150*
Genel Sağlık	15.71	3.08	0.062
Canlılık	13.34	3.56	0.070
Sosyal Fonksiyon	5.89	1.72	0.142*
Emosyonel Rol Kısıtlaması	4.55	1.43	0.305*
Mental Sağlık	19.00	4.28	0.065
Tedaviye Uyum Değişkenleri			
Albumin	3.85	0.48	0.169*
Fosfor	5.07	1.29	0.053
Potasyum	4.29	0.63	0.138*
Kreatinin	5.30	1.60	0.076*
Üre	120.59	52.31	0.292*
Seanslar arası kilo	1.56	1.01	0.112*

*p=0.000

ÇBSDO ölçeğinin ölçüt bağımlı geçerliğini incelemek amacıyla birtakım hipotezler test edilmiştir. Bunun için iç sağlık denetim odağı, şans sağlık denetim odağı, doktorlar sağlık denetim odağı ve güçlü diğerleri sağlık denetim odağı alt ölçek puanlarıyla GSA ve SF36'nın alt ölçek puanları, serum üre, kreatinin, potasyum, fosfor, albümin ve SAK değerleri de dahil olmak üzere tedaviye uyum değişkenleri arasındaki ilişkiler Spearman sıra korelasyon testleriyle incelenmiştir. İç sağlık denetim odağı, şans sağlık denetim odağı, doktorlar sağlık denetim odağı ve güçlü diğerleri sağlık denetim odağı alt ölçek puanları açısından alternatif GSA puanlarındaki farklılaşma ise Mann-Whitney U testleriyle incelenmiştir.

H1 İç sağlık denetim odağı yükseldikçe, duygusal sıkıntının azalacağını, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun artacağını öngörmüştü. Bulgular GSA ve İSDO arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir ($r_s = -0.17$; $p \leq 0.05$) (Tablo 4.6).

Bu bulgu İSDO puanları arttıkça GSA değerlerinin düştüğünü göstermektedir. Benzer bir şekilde, alternatif GSA puanları dikkate alındığında da 'vaka' ve "vaka değil" olarak ayrılan iki grupta İSDO açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($U=3118.5$; $p \leq 0.01$) (bkz. Tablo 4.7). Yaşam kalitesi ile ilgili bulgular açısından, İSDO ile MS (r_s

=0.18; $p \leq 0.01$) ve GS ($r_s = -0.31$; $p \leq 0.001$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmüştür. Buna göre İSDO arttıkça MS ve GS da artmaktadır. Ancak diğer yaşam kalitesi alt ölçekleri ve İSDO arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Öte yandan İSDO ve kan serum değerleri arasında herhangi anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu bulgular 1. Hipotezi kısmi olarak desteklemektedir (Bknz. Tablo 4.6 ve 4.7)

Tablo 4.6. ÇBSDOÖ - SF36, GSA ve Tedaviye Uyum verileri Arasındaki İlişki (r_s).

	İSDO	ŞSDO	DğSDO	DrSDO
SF-36				
Mental Sağlık	0.18**	-0.07	-0.03	0.18**
Fiziksel Rol Kısıtlaması	0.01	-0.04	-0.08	-0.10
Bedensel Ağrı	0.09	-0.08	-0.04	0.08
Genel Sağlık	0.31***	-0.33***	0.04	0.15*
Sosyal Fonksiyon	0.13	0.08	-0.02	0.01
Emosyonel Rol Kısıtlaması	0.02	-0.12	-0.17*	-0.05
Canlılık	0.14	-0.07	-0.05	0.14
Fiziksel Fonksiyon	0.03	-0.13	-0.05	-0.04
Genel Sağlık Anketi	-0.17*	0.12	0.12	-0.11
Üre	0.15	-0.03	0.24***	0.09
SAK	0.10	0.00	0.18**	-0.01
Kreatinin	0.07	-0.03	0.05	0.06
Potasyum	0.03	0.06	-0.05	0.03
Fosfor	0.02	-0.07	0.07	-0.10
Albumin	0.04	0.04	-0.05	0.04

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

*** $p \leq 0.001$

H2 Güçlü diğerleri sağlık denetim odağı yükseldikçe duygusal sıkıntı azalacağını, yaşam kalitesinin ve tedaviye uyumun artacağını öngörmüştü. DğSDO puanlarıyla duygusal sıkıntı arasında herhangi anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Benzer bir şekilde, DğSDO açısından alternatif GSA puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.7). Yaşam kalitesi açısından yalnızca ERK alt ölçeği ve DğSDO arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r_s = -0.17$; $p \leq 0.05$). DğSDO arttıkça emosyonel rol kısıtlamasının azalması, yaşam kalitesinin arttığına işaret etmektedir. Tedaviye uyum açısından, DğSDO ile üre değerleri arasında ($r_s = 0.24$; $p \leq 0.001$) ve SAK arasında ($r_s = 0.18$; $p \leq 0.01$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Üre değerlerinin 180 ve üzerinde olması diyet kısıtlamalarına, SAK değerlerinin artması ise sıvı kısıtlamalarına uyulmadığını ifade etmektedir. Bu sebeple DğSDO arttıkça üre ve SAK değerlerinin artıyor

olması, tedaviye uyumun düştüğünü göstermektedir. Bu bulgular 2. Hipotezi kısmi olarak desteklemektedir (Bknz. Tablo 4.6 ve 4.7)

Tablo 4.7. Alternatif GSA Puanlarının ÇBSDOÖ Açısından Karşılaştırılması (U: Mann-Whitney U testi).

	U	df
İSDO	3138.5*	194
ŞSDO	4006.5	194
DrSDO	3646.5	194
DğSDO	3934.5	194

*p<=0.01

H3 Doktorlar sağlık denetim odağı yükseldikçe duygusal sıkıntının azalacağını, yaşam kalitesinin ve tedaviye uyumun artacağını öngörmüştü. DrSDO ve duygusal sıkıntı arasında herhangi anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Benzer bir şekilde, DrSDO açısından alternatif GSA puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Yaşam kalitesi açısından, DrSDO ile MS ($r_s = 0.18$; $p<=0.01$) ve GS ($r_s = 0.15$; $p<=0.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. DrSDO arttıkça MS ve GS değerlerinin de arttığı görülmüştür. Genel sağlık algısı ve zihinsel sağlık değerleri arttıkça, yaşam kalitesi de yükselmektedir. DrSDO ve SF-36'nın diğer alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların kan serum ve SAK değerleriyle DrSDO arasında herhangi anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgular 3. Hipotezi kısmi olarak desteklemektedir (Bknz. Tablo 4.6).

H4 Şans sağlık denetim odağı arttıkça duygusal sıkıntının artacağını yaşam kalitesinin ve tedaviye uyumun azalacağını öngörmüştü. ŞSDO puanlarıyla duygusal sıkıntı arasında anlamlı bir ilişki ve alternatif GSA puanları dikkate alındığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Yaşam kalitesi açısından, ŞSDO ve GS arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r_s = -0.33$; $p<=0.001$). ŞSDO arttıkça GS değerleri düşmektedir. GS değerinin azalması, yaşam kalitesinin düştüğünü ifade etmektedir. ŞSDO ve SF-36'nın diğer alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>.05$). Hastaların kan serum ve SAK değerleriyle ŞSDO arasında herhangi anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgular 4. Hipotezi kısmi olarak desteklemektedir (Bknz. Tablo 4.6)

BÖLÜM 5. TARTIŞMA

Bu araştırmada Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği – C Formunun geçerliliği ve güvenilirliği incelenmiştir. Bunu yaparken ölçeğin iç güvenilirliğine ve yapı ve ölçüt bağımlı geçerliliğine dikkat edilmiştir. Yapı geçerliliği faktör analizi yoluyla, ölçüt bağımlı geçerliliği ise bu ölçekten elde edilen toplam puanların yaşam kalitesi, duygusal sıkıntı ve tedaviye uyumla ilişkisi açısından incelenmiştir. Kullanılan ölçekler SF-36; GSA; serum üre, kreatinin, fosfor ve albümin değerleri ve hemodiyaliz seansları arasında alınan kiloyu içermektedir.

5.1. HİPOTEZLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bulgular, Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinin C Formunun orjinal ölçeğin faktör yapısıyla tutarlı dört güvenilir alt ölçekten oluştuğunu göstermiştir. Bu sonuç, ölçeğin yapı geçerliliği ve iç tutarlılığını kanıtlar niteliktedir. Ölçeğin ölçüt bağımlı geçerliliğini incelemek amacıyla, bu ölçeğin duygusal sıkıntı, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumla olan muhtemel ilişkisine odaklanılmış ve bu amaçla bir takım hipotezler geliştirilmiştir ve test edilmiştir. **Birinci hipotez** iç sağlık denetim odağı yükseldikçe, duygusal sıkıntının azalacağını, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun artacağını öngörmüştü. Araştırma bulgularına bakıldığında, iç sağlık denetim odağı yükseldikçe yaşam kalitesinin mental sağlık ve genel sağlık alt boyutlarının da yükseldiği görülmüştür. Ancak, iç sağlık denetim odağı, yaşam kalitesinin diğer boyutları ile ilişkili bulunmamıştır. Bu bulgu, iç sağlık denetim odağı arttıkça yaşam kalitesinin artacağını öngören birinci hipotezi kısmen destekler biçimdedir ve iç sağlık denetim odaklı olmanın mental sağlığı ve genel sağlığı arttırmaya yardımcı olabileceği düşüncesine işaret etmektedir. Yazına bakıldığında bu bulgu SDBY ve/veya hemodiyaliz tedavisi gören hastalarla yapılan ve yaşam kalitesi ile denetim odağı arasındaki ilişkiyi inceleyen ve iç sağlık denetim odağı arttıkça yaşam kalitesinin genel olarak (Pucheu vd., 2004; Sağduyu vd., 2006; Theofilou 2012) ve özellikle yaşam kalitesinin zihinsel alt boyutlarının (Bimelé vd., 2012) arttığını bulan az sayıda araştırmanın bulgularıyla kısmen tutarlıdır. Bulgular ayrıca yüksek İSDO’lu bireylerde duygusal sıkıntının daha düşük olduğunu göstermiştir. Genel Sağlık Anketi puanları üzerinden örneklem iki gruba ayrıldığında da “vaka” grubunun duygusal sıkıntı düzeyinin “vaka değil” grubundan anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar dikkate alındığında sağlık

kontrolünün kendisinde olduğunu düşünen bireylerde duygusal sıkıntının daha az olduğu sonucu desteklenmektedir. Bu bulgu iç sağlık denetim odağı ile duygusal sıkıntı veya depresyon arasında negatif bir ilişki olduğunu gösteren yazın bulgularıyla tutarlıdır (Dağ, 1992; Devins vd., 1982). Genel olarak, bu bulgular İSDO'nun bu hasta grubunda yüksek yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik durumu gibi olumlu sonuçlarla ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Kişinin ideal bir şekilde sağlığının kontrolünü kendisinde görüyor olmasının önemi vurgulanarak aile-hasta, sağlık çalışanları-hasta ilişkileri şekillenebilir ve böylelikle hastanın yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik durumu olumlu yönde değiştirilebilir.

Öte yandan, tedaviye uyum değişkenleri ve İSDO arasında herhangi anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Bu bulgular, iç sağlık denetim odağı arttıkça diyet ve hemodiyaliz seansları arasında kilo alımı kısıtlamalarına uyumun da arttığını gösteren araştırmalarla tutarsızdır (Pang vd., 2001; Levin ve Schultz, 1980; Wenerowicz vd., 1978). Ancak bu bulgular, tedaviye uyumla sağlık denetim odağı arasında hiçbir ilişki olmadığını gösteren araştırmalarla tutarlıdır (Schneider, 1992). Bu bulgular ışığında, kişi hastalığıyla ilgili denetimi kendinde görüyor olsa bile, hekimler tarafından dıştan gelen tedavinin talep ettiği noktalar konusunda bunun bir etkisi olmadığını düşünüyor olabilir. Nitekim, Krespi ve arkadaşları (2004) gerçekleştirdiği nitel araştırmada birçok hemodiyaliz hastasının diyet ve sıvı kısıtlamalarını dışardan kendilerine dayatılan kısıtlamalar olarak gördüklerini ve bunlara yalnızca boyun eğerek değil de boyun eğmeyerek tepki verdiklerini göstermiştir. Aynı çalışmada bu bulgunun baş kaldırmaya ve sonuçta tedaviye uymamaya yol açabileceği vurgulanmıştır.

İkinci hipotez güçlü diğerleri sağlık denetim odağı yükseldikçe duygusal sıkıntının azalacağını, yaşam kalitesinin ve tedaviye uyumun artacağını öngörmüştü. Araştırma bulguları, güçlü diğerleri sağlık denetim odağı yüksek olan kişilerde yaşam kalitesinin yalnızca bir alt boyutu olan emosyonel rol kısıtlamasının azaldığını göstermiştir. Güçlü diğerleri sağlık denetim odağı yaşam kalitesinin diğer alt boyutlarıyla ilişkili bulunmamıştır. Bu bulgu, hipotezi kısmen destekler niteliktedir ve güçlü diğerleri denetim odağı arttıkça yaşam kalitesinin özellikle zihinsel alt boyutlarının arttığını gösteren çok az sayıda araştırmanın bulguları ile tutarlıdır (Bimelé vd., 2012). Diğer kronik hastalıklarda örneğin kanser hastalarında da benzer şekilde, DğSDO arttıkça yaşam kalitesinin arttığı bulgusu gösterilmiştir (Linehan, 1992). Bu karışık bulgular farklı araştırmalarda yaşam kalitesinin nasıl ölçüldüğüne dair farklılıkların bir sonucu olabilir. Hastalık yönetiminde hastanın aile gibi diğer bireylerden yardım görmesi yaşam kalitesini arttırdığına işaret etmektedir. Kişi ailesinden ve sosyal çevresinden aldığı yardımla, hastalık deneyimini daha olumlu yaşıyor olabilir. Emosyonel rol kısıtlaması, duygusal sorunlara bağlı olarak kişinin iş ve diğer

uğraşlarda ne derece kısıtlandığını ifade eden boyuttur. SDBY ele alındığında, kişinin diğer insanlarla denetimi paylaştığı durumlarda ERK'nin azaldığı görülmektedir. Öte yandan, yaşam kalitesinin diğer alt boyutlarının DğSDO ile ilişkili olmaması da hemodiyaliz hastalarında sağlık denetim odağının yaşam kalitesi ile ilişkili olmadığını gösteren bazı araştırmaların bulgularıyla tutarlıdır (Sanberk ve İnanç, 2009; Varela vd., 2011). DğSDO arttıkça yaşam kalitesinin de artıyor olması, kronik hastalık söz konusu olduğunda gerçekçi tabloda kişinin kendi kontrol edebildiği faktörlerin yanısıra diğer insanlardan yardım aldığı müddetçe yaşam kalitesinin daha iyi olacağını vurgulamaktadır.

DğSDO ve duygusal sıkıntı arasında herhangi bir anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Bu bulgu ikinci hipotezi desteklememektedir ve dış denetim odağı olan hemodiyaliz hastalarının iç denetim odağı olan hastalara göre duygusal sıkıntı açısından bir farklılık göstermediklerini gösteren araştırmalarla tutarlıdır (Zetin vd., 1981; Christensen vd., 1991). Öte yandan, bir ilişki bulunamaması duygusal sıkıntının tanımı ve/veya ölçülme biçimiyle de ilişkili olabilir. Gelecekteki çalışmaların, duygusal sıkıntıyı ölçme ve değerlendirmede farklı yöntemler deneyerek bu iki değişken arasında var olan herhangi bir olası ilişkiyi değerlendirmeyi hedeflemeleri yerinde olacaktır.

Son olarak, DğSDO arttıkça, beklenenin aksine, tedaviye uyumun düştüğü görülmüştür. Bu bulgu, DğSDO arttıkça tedaviye uyumun düştüğünü gösteren hemodiyaliz hastalarında yapılan diğer araştırmalarla tutarlıdır (Wallston ve Wallston, 1982; Sensky vd., 1996). Beklenenin aksine, kronik bir hastalık karşısında hastalığın yönetiminin diğer kişilere bırakılmasının tedaviye uyumu kolaylaştırdığı varsayımını desteklememekte, böylelikle ikinci hipotezi reddetmektedir. Bu bulgu, hastaların sağlığının kontrolünün diğer insanlarda olduğunu düşündüğünde tedaviye uyumlarının önemli derecede düştüğüne işaret etmektedir (Krespi vd., 2004). Bu ilişki, SDBY gibi kronik bir hastalığa sahip bireylerin diğer kişilerden aldığı yardımı olumsuz değerlendirdiğine işaret ediyor olabilir. Kişi kontrolü diğer insanlarla paylaştığında kişisel sorumluluğundan vazgeçiyor veya bunu değerli bulmuyor olabilir. Ancak, Krespi ve arkadaşlarının (2008) yaptığı nitel bir araştırmada, hastalar bakım verenlerin destekleyici olduklarını ama onlarla aynı zamanda olumsuz deneyimler yaşadıklarını bildirmişlerdir. Örneğin, hastaların bağımlılığının hastalıktan değil; bakım verenlerden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Bu ilişki üzerine daha çok araştırma yapılmalı ve hastalık yönetiminde bireyler arası farklılıkların etkisi daha kapsamlı olarak incelenmelidir. Böylelikle gelecekte aile ve sosyal çevrenin hasta bireyle olan ilişkilerine doğru müdahalelerde bulunularak tedaviye uyum süreci arttırılabilir.

Üçüncü hipotez doktorlar sağlık denetim odağı yükseldikçe duygusal sıkıntının azalacağını, yaşam kalitesinin ve tedaviye uyumun artacağını öngörmüştü. Araştırma sonucu, DrSDO'nun yüksek olduğu kişilerde mental sağlık ve genel sağlığın arttığı görülmüştür. Bu bulgu, hemodiyaliz hastalarında DrSDO yükseldikçe yaşam kalitesinin azaldığını gösteren araştırmalarla tutarlı değildir (Pucheu vd., 2004). Hastalığın doğası gereği, kişi zamanının büyük bir bölümünü hemodiyaliz merkezinde ve doktorunun kontrolünde geçirmektedir. Hastanın diyalizde olmadığı zamanlarda da, doktorunun reçetelerine, diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyması beklenmektedir. Hastalık yönetimi bağlamında, doktorun denetimini kabul ederek ve tavsiyelerine uyarak gerçekleştirildiğinde yaşam kalitesinin artmasının yanı sıra; ayrıca semptomların azlığı, diyaliz sürecinin daha az sıkıntılı geçmesi gibi ikincil sonuçlarla birlikte yaşam kalitesinin de artıyor olması beklenen bir tablodur. DrSDO ile yaşam kalitesi arasında görülen bu pozitif ilişki, kronik hastalık söz konusu olduğunda gerçekçi tabloda kişinin kendi kontrol edebildiği faktörlerin yanısıra doktorlardan yardım aldığı müddetçe yaşam kalitesinin daha iyi olacağını vurgulamaktadır. Bu durum, hastalık yönetiminin bu üç ayağının (hasta, aile, sağlık personeli) işbirliğini sağlayacak ve kişi için yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaya yardımcı olacaktır.

Ancak, doktorlar sağlık denetim odağıyla duygusal sıkıntı ve tedaviye uyum arasında herhangi bir anlamlı ilişki görülmemiştir. Bu bulgu hemodiyaliz hastalarında denetim odağı ile duygusal sıkıntı arasında bir ilişki olmadığını gösteren araştırmalarla tutarlıdır (Zetin vd., 1981). DrSDO ile bu değişkenler arasında herhangi bir ilişki bulunamaması; bu kavramların ilişkisiz olması olasılığının yanısıra; daha sonra değinilecek kısıtlılıklarla ilişkili bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Araştırmanın **4. hipotezi** şans, sağlık denetim odağı arttıkça duygusal sıkıntının artacağını, yaşam kalitesinin ve tedaviye uyumun azalacağını öngörmüştü. Bu araştırmada, “şans” sağlık denetim odağı yüksek olan bireylerde, yaşam kalitesinin bir alt boyutu olan genel sağlık algısının düşük olduğu görülmüştür. Bu bulgu araştırmanın beklediği yönde olan bir bulgudur ve hastalıkla ilgili konularda kişinin kontrolü şans kader gibi dış odaklara yöneltmesinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğine işaret etmektedir. Hemodiyaliz hastalarında yapılan diğer araştırmalarda böyle bir bulguya rastanmamaktadır. Ancak, farklı hastalık gruplarında yapılan çalışmalarda benzer bulgular görülmektedir. Örneğin, Şengül ve arkadaşları (2010), kronik bel ağrılı hasta grubunda ŞSDO yüksek olan bireylerin yaşam kalitesinin her alt boyutuyla düşük olduğunu tespit etmiştir. Üstündağ-Budak ve Mocan-Aydın (2005), çalışmalarında ŞSDO'nun fiziksel semptom düzeylerini anlamlı derecede yordadığını belirtmektedirler. ŞSDO ve yaşam kalitesi arasındaki negatif ilişki, kronik böbrek

yetmezliği söz konusu olduğunda kader gibi güçlerin denetim odağı olarak görülmesinin hastalık sürecini ve kişinin sağlığını değerlendirilmesini olumlu etkilemediğine işaret etmektedir.

Ancak, bulgular ŞSDO ile tedaviye uyum ve duygusal sıkıntı arasında bir ilişki olmadığını da göstermiştir. Bu bulgu da hemodiyaliz hastalarında denetim odağı ile duygusal sıkıntı arasında bir ilişki olmadığını gösteren araştırmalarla tutarlıdır (Zetin vd., 1981). Sağlık denetim odağının tüm boyutları ele alındığında duygusal sıkıntı ile, İSDO hariç, hiçbir boyutun ilişkili olmadığı görülmüştür. Bu da kişinin SDBY’de önemli olanın denetimi kendisinde görüp görmediği olduğuna işaret ediyor olabilir. Dış sağlık denetim odakları (diğer kişiler, doktorlar, şans) ile duygusal sıkıntı arasında bir ilişki olmaması; kişinin hastalığı boyunca yaşadığı duygusal sıkıntıyı bu boyutlardan bağımsız algıladığına işaret ediyor olabilir. Denetimi kendisinde görüp görmemesi bir önem teşkil ederken; farklı bir denetim odağının herhangi bir etkisi olmadığını düşünebilir. Ayrıca, denetim odağı değişkenleri ile yaşam kalitesinin tüm boyutları arasındaki ilişkiler tutarlı olmamıştır. Bu tutarsız ilişkiler yaşam kalitesinin kabul edilen bir tanımının olmayışı ile ilgili olabilir. Genel olarak bu bulgular, aşağıda belirtilen denetim odağı kavramının doğası ile ilgili problemlerin bir yansıması da olabilir. Genel olarak bu bulgular Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı C Formunun geçerli olduğuna dair kısmi bir destek sağlamıştır. Gelecekte hemodiyaliz hastalarında olduğu kadar, diğer hasta gruplarında bu formun geçerliliği kapsamlı olarak incelenmelidir.

5.2. ÖLÇEĞİN GEÇERLİĞİNE GENEL BİR BAKIŞ ve ÖNERİLER

Hipotezlerin tam olarak değil de kısmi olarak desteklenmesi sağlık denetim odağı kavramının doğasıyla ilgili olabilir. İlk olarak, sağlık denetim odağı diğer kavramlara bağlı olarak yaşam kalitesi, psikolojik iyilik durumu ve tedaviye uyumla ilgili olabilir. Sosyal Öğrenme Teorisi (Rotter, 1954; 1966), bir davranışın pekiştirileceği sonuçlanacağına *inanıldığı* ve sözü geçen pekiştirece kişi tarafından *değer verildiği* koşulda gerçekleşeceğini ifade etmektedir. Bu teoriden yola çıkarak, Rosenstock tarafından (1966), sağlık davranışlarını açıklamak amacıyla geliştirilen Sağlık İnanç Modeli, değer ve beklenti kavramları üzerine temellendirilmiştir (Strecher ve Rosenstock, 1997). Sağlık İnanç Modeline göre “değer”, hastalıktan korunma veya iyileşme olarak tanımlanırken; “beklenti”, belirli bir sağlık davranışının hastalığı engelleyeceği inancı olarak tanımlanmaktadır (Janz ve Becker, 1984). Örneğin bir hemodiyaliz hastası, sağlık durumunun iyileşmesini istiyor ve bunu değerli buluyor ise, diyet kısıtlamalarının bu isteğine ulaşmakta faydalı olacağı inancına sahipse o

zaman hastadan bu kısıtlamalara uyması beklenebilir. Kişinin sağlığıyla ilgili beklentilerini ve sağlıklı olma durumuna verdiği değeri incelemeyen, denetim odağının tek başına davranışı belirlemesi mümkün olmayabilir. Wallston ve Wallston (1981), SDO kavramının sağlık davranışını yordayan bağımsız bir değişken olarak kullanılmasının yalnızca sağlık değerinin de ölçüldüğü koşullarda mantıklı olacağını belirtmiştir. Kişi sağlıklı olma veya iyileşme durumuna yeteri kadar değer vermediğinde, bu amaca ulaşmak için harekete geçmeyecektir (diyet kısıtlamalarına uymanın sağlık durumunu düzeltereğine inandığı halde; buna uygun davranış geliştirmeye değer bulmayan bir hemodiyaliz hastası örneğinde olduğu gibi). Ayrıca, sağlığına verdiği değerin yüksek olduğu durumlarda dahi, belirli bir davranışın sağlığını korumada veya iyileştirmede etkili olacağı beklentisi bulunmadığı durumlarda, kişiden bu davranışları sergilemesini beklemek mümkün gözükmemektedir (sağlığını artırma amacıyla olan fakat diyet kısıtlamalarının buna etkisi olacağına inanmayan hemodiyaliz hastası örneğinde olduğu gibi). Öte yandan, araştırmalar göstermiştir ki kişinin sağlığına verdiği değer dahil edildiğinde bile bu kavramın yordama gücü düşük bulunmaktadır (Lyons ve Chamberlain, 2006).

Sağlık denetim odağı kavramı, Rotter'in (1954) öne sürdüğü davranışı etkileyen faktörlerden sadece bir tanesidir (Stein vd., 1984). Bandura'nın (1997) Sosyal Öğrenme Teorisiyle sunduğu öz-yeterlilik kavramı da bir başka etkidir. Kişinin beklentileri, sağlığına verdiği değer ve iç sağlık denetim odağı söz konusu olduğu durumlarda dahi davranışı yerine getirebileceğine dair inancı (öz-yeterliliği) olmadığında sürecin beklenen sağlık davranışıyla sonuçlanması mümkün olmayabilir (Luszczynska ve Schwarzer, 2005). Bu sebeple, öz-yeterlilik çalışmaya dahil edilmesi gereken olası bir değişkendir. Wallston ve Wallston (1981), Sağlık İnanç Modelinin sunduğu farklı değişkenlerin olası etkileşimlerinin dikkate alınmadığı durumlarda SDO etkisi saptanmasının beklenmeyen bir tablo olduğunu ifade etmişlerdir.

Bir diğer nokta, kişinin denetim odağı iç veya dış olarak tespit edildiğinde bile, bunun geçici olabileceği, farklı zaman ve/veya durumlarda değişebileceğidir (Stein vd., 1984). Kişi aynı anda kronik hastalığından kendini sorumlu tutarken diğer sağlık problemlerini dış faktörlere bağlıyor olabilir. Sağlık denetim odağı kavramının çok genel bir kavram olduğu belirtilmiştir (Krespi Boothby ve Salmon, 2013). İç-dış ayrımının fazla basit bir ayrım olmasından yola çıkılarak getirilen çok boyutluluk, zamana ve duruma göre değişiklik gösterebilmesi ve aynı anda farklı yönelimlerin bulunabiliyor olması gibi özellikler kavramın tanımlayıcı etkisini önemli ölçüde düşürmüştür. Bu sebeple, ölçekte yer alan sorular da genel

sorular olarak yapılandırılmıştır. Wallston ve Wallston (1981), ÇBSDO ölçeğinin sağlık denetim odağını ölçme yetkinliğinin yeterli dayanağının olmadığını ifade etmiştir.

Sağlık denetim odağının zaman ve/veya durumlara bağlı olarak değişkenlik gösterebiliyor olmasının farklı olası sonuçları vardır. Bunlardan bir tanesi de hastalık sürecinde kişiye daha yüksek düzeyde uyum imkanı sunmasıdır (Cvengros vd., 2005). Gelecekteki çalışmalarda, hemodiyaliz tedavisi süresinin yanısıra; tedavi süreci boyunca SDO değişiklikleri de ele alınmalıdır. Bu amaçla; denetim odağı ve diğer değerlerin belirli aralıklarla aynı hastalarda tekrarlanarak ölçülmesi yerinde olacaktır.

Çalışmaya dahil edilebilecek bir diğer değişken de hastalığın şiddetidir. SDBY’i daha ciddi komplikasyonlarla yaşayan bir hastanın denetim odağı ve bağlantılı bir şekilde tedaviye uyum, yaşam kalitesi, duygusal sıkıntı değerleri; hastalığı daha hafif seyreden bir SDBY hastasından farklı olabilir. Örneğin Christensen ve arkadaşları (1991), SDO’nun sadece hastalık seyri ağır olan hemodiyaliz hastalarında depresyonun bir yordayıcısı olduğunu bulmuşlardır. Daha hafif seyreden bir süreçte SDO’nun hiçbir boyutuyla depresyon arasında bir ilişki görmemişlerdir.

Öte yandan, hastalık şiddetinin yanısıra, sürecin kendisi de dikkate alınabilecek bir faktördür. Mevcut çalışmada, hemodiyaliz tedavisi gören hasta grubu ele alınmıştır. Daha önce böbrek girişi veya periton diyaliz geçmişi olup olmadığı dikkate alınmamıştır. Örneğin İSDO’su veya DrSDO’su yüksek bir bireyin başından başarısız bir böbrek nakli girişimi geçerse duygusal sıkıntı değerlerinin etkilenmesi beklenebilir. ŞSDO’su yüksek bir bireyin bu durumla daha rahat başa çıkabileceği öngörülebilir. Bu olasılıklar göz önünde bulundurularak, SDO ele alınırken sağlık sonuçlarını da inceleyen çalışmalar mevcuttur (Christensen vd., 1991).

Sosyal Öğrenme Teorisi, hastaların hastalıkları hakkında SDO kavramı üzerinden düşündüklerini varsaymaktadır. Peerbhoy ve arkadaşları (1998), böyle bir kavramın hastaların hastalıklarını anlamlandırış şekillerinin bir parçası olmayabileceğini görüşünü öne sürmüştür. Buna göre; hastaların yaşadıklarını değerlendirirken sağlık denetim odağı kavramının belirttiği üzere, hastalıklarının kontrolünü iç-dış olarak değerlendirmiyor olabilirler. Hastaların yaşadıklarını sebeblandırmek için bir değerlendirme yaptıkları varsayımı bütünüyle geçerli olmayabilir. Teorik çerçeve, gerçek yaşamdaki karşılığını bulamıyor olabilir. Böyle bir tabloda kişinin sağlık denetim odağını değerlendirmenin, etkin bir şekilde sağlık davranışlarını açıklayamaması olası gözükmektedir.

Sağlık denetim odağı kavramının hastaların hastalıklarını anlamlandırış şekillerinin bir parçası olmayabileceği düşüncesi kültürel farklılıklara da bağlı olabilir. Stein ve arkadaşları

(1984), Amerika’da bilimsel devrim sonrası kişilerin tıp ve bilimin yeterli zaman ve kaynak verildiğinde hemen her şeyi başarabileceği inancında olduğunu, önleyici tıp yerine hastalık odaklı yaklaşımlarla beraber hasta olduğunda kişinin doktorlar tarafından “düzeltildiğine” inandığını, dolayısıyla DrSDO yöneliminin değer kazanmış olabileceğini belirtmiştir. Ülkemizde, doktorlara yönelik benzer bir algının varlığı, bu etkenin araştırılması ihtiyacını doğurmaktadır. Stein ve arkadaşları (1984), bu konuyu bir adım öteye taşımış ve doktorlara yüklenen bu değer ve sorumluluğun İSDO ve ŞSDO boyutlarının öneminin azalmasına yol açabileceğini öne sürmüşlerdir. Türkiye’de, doktorlara yönelik benzer bir algının varlığı, bu etkenin araştırılması ihtiyacını doğurmaktadır.

Kültürel farklılıklar ele alındığında din konusunun da değerlendirilmesi düşünülmelidir. Bazı araştırmalar, dış sağlık denetim odağının mevcut boyutlarına ek olarak “Tanrı”nın eklenmesinin yerinde olacağını göstermiştir (Chaplin vd., 2001). Wallston ve arkadaşları (1999), Tanrı dış sağlık denetim odağını geliştirmişlerdir ve belli kronik hastalık gruplarıyla geçerlik çalışmalarını yapmışlardır. Dünyada birçok insan, belli bir dinin gerektirdiklerini dikkate alarak yaşamaktadır. Bu tabloda, dinin kişideki kontrol algısını etkileyen bir faktör olması olası görülmektedir (Wallston vd., 1999) Buna rağmen bu alanda çok fazla çalışma yapılmamıştır.

Sağlık denetim odağı değerlendirilirken de din kavramı dikkate alınabilecek bir kavramdır. ÇBSDO ölçeğinin hiçbir alt boyutu, bu faktörü kapsamamakta; öte yandan Türk hemodiyaliz hastaları için bu kavramın önem teşkil ettiği öngörülmektedir. Şans, kader gibi dış güçlerin etkisini dikkate alan ŞSDO da bu olasılığı değerlendirmekte yetersiz kalmaktadır. Welton ve arkadaşlarının (1996; akt. Wallston vd. 1999) ÇBDSO ölçeğine ekledikleri 6 madde bu ihtiyaca yönelik olmakla birlikte; mevcut çalışmaya dahil edilmemiştir. Ülkemizde ve dünyada yapılacak gelecek çalışmalar bu sağlık denetim odağını da ele alarak konuya açıklık getirebilir.

Stein ve arkadaşları (1984), sağlık denetim odağına çekirdek aileye kültürler arası verilen değerlerin de bir etken olduğunu öne sürmüştür. Gerçekten de ülkemizde aile değerlerinin vurgulandığını, aile bireylerinin –çocuklar evlenip evden ayrıldıklarında bile- hastalık gibi durumlarda birbirini desteklemesinin toplumsal açıdan beklenen davranış biçimi olduğu düşünüldüğünde; bağımsızlaşma ve bireyselleşmeyi daha çok teşvik eden kültürlerle kıyasla yüksek DğSDO yönelimleri gözlemlemek olasıdır. Ayrıca yaşlıların bakımını çocuklarının üstlenmesi gerektiği inancı, birey yaşlandıkça DğSDO açısından belirgin bir artış getirebilmektedir.

Hipotezlerin kısmi olarak desteklenmesi, ÇBSDO ölçeğinin doğası ile ilgili olabilir. Birinci olarak bu ölçek, iç tutarlılığı yüksek ve kişinin sağlık durumu aynı kaldığı sürece tutarlı ölçümler veren bir ölçektir (Stein vd., 1984). SDBY'deki hastalık süreci ele alındığında, sağlık durumunu etkileyen birçok faktörden bahsedilebilir. Örneğin, tedaviye uyumu düşük bir hastanın karşı karşıya kalacağı kramp, halsizlik, tansiyon problemleri gibi olumsuz deneyimler sağlık durumunda genel olarak dalgalanmalara yol açabilir. Tüm bunlar ÇBSDOÖ'nün doğası ile tutarlı değildir. Bu iniş çıkışları gözetken ve hastaların hastalıkları ile ilgili algılarını kapsamlı olarak inceleyen ve diğer değişkenlerin yanında kontrol algısını da içeren Hastalıkla İlgili Kendini Düzenleme Modeli'ne (Self-Regulatory Model of Illness) (Leventhal vd., 1984a; 1984b) dayalı Hastalık Algısı Ölçeği'nin (Weinman vd., 1996) bu araştırmaya dahil edilmesi yararlı olabilir ve hastaların ÇBSDOÖ ve Hastalık Algısı Ölçeğine verdiği cevaplarını karşılaştırma olanağı bulunabilirdi. Gelecekteki araştırmalar bu karşılaştırmayı yaparak konuya açıklık getirebilir.

Bir diğer nokta; sağlık denetim odağı ele alındığında, halen birçok çalışmanın çok boyutlu bir değerlendirme yerine basit düzeyde bir iç-dış sağlık denetim odağı ayırımına gitmekte olmasıdır. Yazında SDBY hastalarıyla ve benzer hasta gruplarıyla yapılan çalışmalarda dış denetim odakları arasındaki ayrımın dikkate alınmıyor olması, bu boyutlarla ilgili çelişkili sonuçların bir sebebi olabilir. Örneğin, dış sağlık denetim odaklarını bir bütün olarak ele alan bir çalışma, duygusal sıkıntı ve SDO arasında bir ilişki tespit ederken, özgül olarak DrSDO'nun bu değişkenle ilişkisi olmayabilir. Ayrıca, araştırmalar çoğunlukla sonuç olarak "sağlık durumunu" ele almaktadır (Lyons ve Chamberlains, 2006). Farklı sağlık davranışları düşünüldüğünde, bu fazla genel bir yaklaşımdır. Karmaşık sosyal davranışları yordamada tek bir kavramın yeterli olamayacağından yola çıkılarak, sağlık denetim odağıyla ilgili tutarsız sonuçlar bulunması açıklanabilir (Lyons ve Chamberlain, 2006).

Bütün bu açılardan bakıldığında, gelecekte hemodiyaliz hastalarıyla olduğu kadar, diğer hasta gruplarıyla da sağlık denetim odağının önemini ve diğer faktörlerle ilişkilerini inceleyecek çalışmalar yapılması uygun olacaktır.

5.3. KISITLILIKLAR

Bu araştırma hemodiyaliz hasta grubuyla Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı C Formu geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yürütmek; geçerlik dahilinde kişilerin yaşam kalitesi, tedaviye uyum ve duygusal sıkıntı değerlerini incelemekle beraber; çalışmanın bazı kısıtlılıklara sahip olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu kısıtlılıklardan bir tanesi, mevcut

örneklemin İstanbul şehrindeki hastane ve hemodiyaliz merkezleriyle sınırlı olmasıdır. Bu durum, örnekleme sınırlandırmanın ötesinde uygulanan semtler açısından düşük ve orta SES’li katılımcıların ağırlıkta olmasına sebep vermiştir. Katılımcıların % 60.8’inin gelir düzeyi 600-1200 TL arasındayken sadece % 4.6’sı 1800 TL’den daha yüksek bir gelir düzeyine sahiptir.

Bir diğer kısıtlılık, hastaların tedavi süreleri arasında çok fazla farklılık olmasıdır [Ort.=54; SS= 54,129(ay)]. Çalışmaların bazıları, hemodiyaliz tedavi süresinin daha uzun olduğu durumlarda yaşam kalitesinin anlamlı derecede daha düşük olduğunu göstermektedir (Gineri-coccosis vd., 2008; Montinaro vd., 2010; Rodrigues Fructoso vd., 2011). Mevcut örnekleme tedavisi süresinin olası bu etkisi kontrol altına alınmamıştır.

Ayrıca, hastaların hemen hemen hepsinin ölçekleri doldururken araştırmacıdan yardım almaları, değerlendirme esnasında araştırmacının varlığından etkilenmelerine olasılık vermiş olabilir. Kişilerin sağlık durumlarının elvermemesi nedeniyle (göz problemleri, tansiyon sorunları gibi), kendi kendilerine doldurmaları sağlanamamıştır.

Bir diğer kısıtlılık, hastaların hemodiyaliz tedavisi sürecinde ve öncesinde farklı tedavi yöntemleri (periton diyalizi, böbrek nakli) deneyip denemedikleri bilgisinin edinilmemiş olmasıdır. Buna ek olarak, eşlik eden diğer hastalıklar Bilgi Formunda yer almaktadır; fakat hastalar arası bu farklılığın olası etkileri kontrol altına alınamamıştır.

Tanrı sağlık denetim odağını değerlendiren maddelerin var olmadığı bu ölçekte; “Eğer durumum kötüleşirse bu kaderin işidir.” gibi ŞSDO maddelerinin hastalarca farklı değerlendirilmiş olma olasılıkları bir diğer kısıtlılıktır (Örneğin bir hasta kader kavramıyla ilgili bu maddeye “Tabi, başımıza ne gelirse Allah’tan.” şeklinde tepki vermiştir.).

Son olarak, ölçeklerin doldurulması işleminin hemodiyaliz birimlerinde gerçekleşmesi sebebiyle sağlık çalışanlarının varlığı hastalarda doktorlarla ilgili soruları olumlu yanıtlama eğiliminde bırakmış olabilir. “Doktorun dediklerini harfiyen uygulamak, hastalığının kötüleşmesini önlemenin en iyi yoludur.” gibi bir madde karşısında, kabul edilir hissettiği şekilde, düşünmeden cevaplama; şikayet eder gözükmeden kaçınma gibi faktörler DrSDO ile ilgili cevaplarında hastaları etkilemiş olabilir.

KAYNAKLAR

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Altınören, O., Kaya, B., Sayarlıoğlu, H., Gökçe, M., Doğan, E. (2010). Düzenli hemodiyalize giren hastada diabetik üremik bazal ganglion tutulumu. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 19(3), 221-223.
- Annak, B. B. (2005). *Sosyal destek, sosyal ağ, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu: Duygu-durum ve anksiyete bozukluğu tanısı alan kişiler ve düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastalar açısından bir karşılaştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Arenas, M. D., Alvarez-Ude, F., Reig-Ferrer, A., Zito, J. P., Gil, M. T., Carretón, M. A., Albiach, B., Moledus, A. (2007). Emotional distress and health-related quality of life in patients on hemodialysis: the clinical value of COOP-WONCA charts. *Journal of Nephrology*, 20(3), 304-310.
- Arık, N, Dilek, M. (2010). *Böbrek Yetmezliği ile yaşamak*. Akademiunique, 2. Baskı, İstanbul.
- Ayköse, G. (2006). *Kronik böbrek yetmezliği nedeni ile hemodiyaliz tedavisi gören cinsel disfonksiyonlu erkeklerde gonadal fonksiyonların ve testosteron replasman tedavisinin değerlendirilmesi*. Uzmanlık tezi, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Baktıroğlu, G. (2010). *Hemodiyalize giren ve girmeyen kronik böbrek hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. Freeman, New York.

- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development*. (6) Six theories of child development (pp1-60). Greenwich, CT: JAI Press.
- Baydoğan, M., Dağ, İ. (2008). Hemodiyaliz hastalarındaki depresiflik düzeyinin yordanmasında kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve sosyotropi-otonomi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 19-28.
- Beausang, P., Syed, R. (1998). Screening for anxiety and depression in adult general medical in-patients in a Scottish District General Hospital. *Scottish Medical Journal*, 43(6), 177-180.
- Betts, D., Crotty, G. (1988). Response to illness and compliance of long-term hemodialysis patients. *American Nephrology Nurses' Association*. 15(2), 96-100.
- Bimelé, B., Le Gall, A., Sautenet, B., Aquerre, C., Camus, V. (2012). Clinical, sociodemographic, and psychological correlates of health-related quality of life in chronic hemodialysis patients. *Psychosomatics*, 53(1), 30-37.
- Brady, B. A., Tucker, C. M., Alfino, P. A., Tarrant, D. G., Finlayson, G. C. (1997). An investigation of factors associated with fluid adherence among hemodialysis patients: A self-efficacy theory based approach. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(4), 339-343.
- Buturovic-Ponikvar, J., Gubensek, J., Arnol, M., Bren, A., Kandus, A., Ponikvar, R. (2011). Dialysis patients refusing kidney transplantation: Data from the Slovenian renal replacement therapy registry. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 15(3), 245-249.
- Buyan, N., Türkmen, M. A., Bilge, I., Baskin, E., Haberal, M., Bilginer, Y., Mir, S., Emre, S., Akman, S., Ozkaya, Ozan, Fidan, K., Alpay, H., Kavukcu, S., Sever, L., Özçakar Z. B., Dogrucan, N. (2010). Quality of life in children with chronic kidney disease (with child and parent assessments). *Pediatric Nephrology*, 25(8), 1487-1496.

- Chambliss, P.B. (1997). A study of the impact of health locus of control, social support, and illness severity on depression and compliance in end-stage renal disease patients. George Washington University, *Dissertation Abstracts International*, 57(12), 7718 (UMI 971600).
- Chaplin, W. F., Davidson, K. Sparrow, V., Stuhr, J., Van Roosemalen, E., Wallston, K. A. (2001). A structural evaluation of the expanded Multidimensional Health Locus of Control Scale with a diverse sample of Caucasian/European, Native, and Black Canadian women. *Journal of Health Psychology*, 6(4), 447-455.
- Chen, W., Chen, C., Lee, P., Wang, W. (2007). Quality of life, symptom distress, and Social support among renal transplantation recipients in Southern Taiwan: A correlational study. *Journal of Nursing Research*, 15(4), 319-328.
- Chilcot, J., Wellsted, D., Farrington, K. (2010). Depression in End-Stage Renal Disease: Current advances and research. *Seminars in Dialysis*, 23(1), 74-82.
- Christensen, A. J., Wiebe, J. S., Lawton, W. J. (1997). Cynical hostility, powerful others control expectancies, and patient adherence in hemodialysis. *Psychosomatic Medicine*, 59(3), 307-312.
- Christensen, A. J., Wiebe, J., Benotsch, E. G., Lawton, W. J. (1996). Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis. *Cognitive Therapy and Research*, 20(4), 411-421.
- Christensen, A. J., Turner, C. W., Smith, T. W., Holman, J. M., Gregory, M. C. (1991). Health Locus of Control and depression in end-stage renal disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 419-424.
- Christensen, A.J., Ehlers, S.L. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 712-724.

- Colodonato, J., Klassen, P., Owen, W.F. (2002). Perception versus reality of the burden of chronic kidney disease in the United States, *Journal of the American Society of Nephrology*, 13(6), 1686-1688.
- Cvengros, J. A., Christensen, A. J., Lawton, W. (2005). Health locus of control and depression in chronic kidney disease: A dynamic perspective. *Journal of Health Psychology*, 10(5), 677-686.
- Cvengros, J. A., Christensen, A. J., Lawton, W. J., (2004). The role of perceived control and preference for control in adherence to a chronic medical regimen. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(3), 155-161.
- Çapoğlu, B. (2008). *Hemodiyaliz hastalarında başa çıkma tarzı, benlik saygısı ve kontrol odağının yaşam kalitesi ile ilişkisi*. Yüksek Lisans tezi, İstanbul Üniversitesi.
- Çebi, N. (2009). *University students' attitudes toward seeking psychological help: Effects of perceived social support, psychological distress, prior help-seeking experience and gender*. Unpublished Master Thesis, Middle East Technical University.
- Çelik, H. C., Acar, T. (2007). Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 12(1), 23-27.
- Dadalı, Z. (2009). *Hemodiyaliz ve prediyaliz hastalarında anksiyete, depresyo ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması*, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Dağ, İ. (1992). Kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve psikopatoloji ilişkileri. *Psikoloji Dergisi*, 7(27), 1-9.
- Devins, G. M., Binik, Y. M., Gorman, P., Dattel, M., McCloskey, B., Oscari G., Briggs, J. (1982). Perceived self-efficacy, outcome expectancies, and negative mood states in end-stage renal disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(4), 241-244.

- Dünder, P., Fidaner, C., Fidaner, H., Oral, A., Eser, S., Atman, U.C., Pala, T. (2002). Quality of life, internal consistencies of SF-36 and WHOQL-Bref. *Hippokratia*, 6(1), 37-43.
- Ecdar, T., Akpolat, T. (2007). *Renal transplantasyon*, In Akpolat, T., Utaş, C., Süleymanlar, G. (Ed.), *Nefroloji El Kitabı*, 4. Baskı, 349-365. Nobel Tıp Kitapevleri.
- Erek, E., Süleymanlar, G., Serdengeçti, K., Altınparmak, M. R., Seyahi, N. (2006). *Türkiye’de Nefroloji - Diyaliz ve Transplantasyon (Registry, 2005)*. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İstanbul.
- Ertekin, Y., Erdem, P., Yazıcı, K., Tot Acar, Ş., Devrim Başterzi, A., Erdem, A. (2008). Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında Majör Depresif Bozukluğun değerlendirilmesi. *New Symposium*, 46(2), 23-26.
- Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S.Y., Elbi, H., Göker, E. (1999). WHOQOL-BREF TR: A suitable instrument for the assessment of quality of life for use in the health care settings in Turkey (abstract no 433). *Quality of Life Research*, 8(7), 647.
- Evans, J. D., Wagner, C. D., Welch, J. L. (2004). Cognitive status in hemodialysis as a function of fluid adherence. *Renal Failure*, 26(5), 575-581.
- Evans, R. G., Wantry, D. W. (1979). I-E scales responses as a function of subject mood level. *Journal of Personality Assessment*, 43(2), 166-170.
- Fischer, M. J., Kimmel, P. L., Greene, T., Gassman, J. J., Wang, X., Brooks, D. H., Charleston, J., Dowie, D., Thornley-Brown, D., Cooper, L. A., Bruce, M. A., Kusek, J. W., Norris, K. C., Lash, J. P. (2009). Sociodemographic factors contribute to the depressive affect among African Americans with chronic kidney disease. *International Society of Nephrology*, 77(11), 1010-1019.
- Furnham, A., Steele, H. (1993). Measuring locus of control: A critique of general, children’s, health- and work-related locus of control questionnaires. *British Journal of Psychology*, 84(4), 443-479.

- Garcia, G. G., Harden, P., Chapman, J. (2012). The global role of kidney transplantation. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 6(2), 81-87.
- Gençöz, T., Astan, G. (2006). Social support, locus of control and depression symptoms in hemodialysis patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(39), 203-208.
- Ginieri-Coccosis, M., theofilou, P., Synodinou, C., Tomaras, V., Soldatos, C. (2008). Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: Investigating differences in early and later years of current treatment. *BMC Nephrology*, 9(14), 1-9.
- Goldberg, D.P., Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139-145.
- Goldstein, L. (1980). *Relationship of health locus of control and individual diabetic management*. Unpublished master's thesis, Pace University.
- Goldwasser, P., Kaldas, A. I., Barth, R. H. (1999). Rise in serum albumin and creatinine in the first half year on hemodialysis. *Kidney International*, 56(6), 2260-2268.
- Griffin, E. (2011). *A first look at communication psychology* (7th ed.) New York: McGraw-Hill.
- Griffin, K. W., Rabkin, J. G. (1998). Perceived control over illness, realistic acceptance, and psychological adjustment in people with AIDS. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(4), 407-424.
- Griva, K., Javaseena, D., Davenport, A., Harrison, M., Newman, S. P., (2009). Illness and treatment cognitions and health related quality of life in end stage renal disease. *British Journal of Health Psychology*, 14(1), 17-34.

- Güney, İ. (2007). *Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin mortalite üzerine etkisi*. Selçuk Üniversitesi, Nefroloji Yan Dal Uzmanlık Tezi.
- Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, Uslu, S. (2010). Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(3), 209-216.
- Hailey, B. J., Moss, S. B. (2000). Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis: a review of the literature. *Psychology, Health & Medicine*, 5(4), 395-406.
- Harvey, P., Martinko, M.J. (2010). *Attribution theory and motivation*. In N. Borkowski (Ed.), *Organizational behavior in health care*, 2nd edition (147-164). Boston: Jones and Bartlett.
- Hatz, P. (1978). *The relationship of life, satisfaction and locus of control in patient's undergoing chronic haemodialysis*. Unpublished master's thesis, University of Illinois.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley & Sons.
- Hiroto, D. S. (1974). Locus of control and learned helplessness. *Journal of Experimental Psychology*, 102(2), 187-193.
- Hsu, C.C., Lee, C.H., Hwang, S.J., Huang, S.W., Yang, W.C., Chang, Y.K., Tsai, D.F.C., Kuo, K.N. (2011). Outcomes of overseas kidney transplantation in chronic haemodialysis patients in Taiwan. *Nephrology*, 16(1), 341-348.
- Hsu, C.Y., Chertow, G.M., Curhan, G.C. (2002). Methodological issues in studying the epidemiology of mild to moderate chronic renal insufficiency. *Kidney International*, 61(5), 1567-1576.
- Jackson C. (2007). General Health Questionnaire. *Occupational Medicine* 57(1), 79.

- Janz, N.K., Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Kallay, E., Pop, R., Balazsi, R. (2009). Emotional profile and quality of life in chronic renal failure and renal transplantation patients. *Cognition, Brain, Behavior*, 13(3), 313-328.
- Kara, B. (2009). Diyaliz diyet ve Sıvı Kısıtlamasına Uyumsuzluk Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3), 20-27.
- Kara, B. (2007). Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: Çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*, 49(2), 132-136.
- Kara, B., Çağlar, K., Kılıç, S. (2007). Nonadherence with diet and fluid restrictions and perceived social support in patients receiving hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(3), 243-248.
- Kayahan, M., Sertbaş, G. (2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(11), 113-120.
- Keeton, C. P., Perry-Jenkins, M, Sayer, A. G. (2008). Sense of control predicts depressive and anxious symptoms across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 212-221.
- Kılıç, C. (1996). Genel Sağlık Anketi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 3-11.
- Kızılcık, Z. (2009). *Hemodiyaliz hastalarında depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.

- Kim, Y., Evangelista, L. S. (2010). Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 37(3), 271-281.
- Kimmel, P. L., Peterson, R. A., Weis, K. L., Simmens, S. J., Alleyne, S., Cruz, I., Weis, J. H. (2000). Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney International*, 57(5), 2093-2098.
- Kocagöz, E., Dursun, Y. (2012). Algılanan davranışsal kontrol, Ajzen'in teorisinde nasıl konumlanır? Alternatif modelz analizler. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 12(19), 139-152.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Ölmez, N., Memiş, A. (1999). Kısa Form-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği, *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-106.
- Kohli, S., Batra, P., Aggarwal, H. K. (2011). Anxiety, locus of control, and coping strategies among end-stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis. *Indian Journal of Nephrology*, 21(3), 177-181.
- Korkut, Y. (2006). Ferrans ve Powers'ın Diyaliz Hastaları için Yaşam Kalitesi Endeksinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 44(1), 14-18.
- Krespi, M.R., Salmon, P. (2013). Self-Efficacy and hemodialysis treatment: A qualitative and quantitative approach. *Turkish Journal of Psychiatry*, 24(2), 84-93.
- Krespi, M. R. (2001). *Patients' perceptions of their chronic physical illness, its treatment and its effects: Towards patient-derived interventions*. PhD thesis, University of Liverpool.
- Krespi, R., Bone, M., Ahmad, R., Worthington, B., Salmon, P. (2004). Haemodialysis patients' beliefs about renal failure and its treatment. *Patient Education and Counselling*, 53(2), 189-196.

- Krespi, M.R., Bone, M., Ahmad, R., Worthington, B., Salmon, P. (2008). Haemodialysis patients' evaluation of their life. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(4), 365-372
- Kugler, C., Vlamnick, H., Haverich, A., Maes, B. (2005). Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 25-29.
- Kuo, W.H., Gray, R., Lin, N. (1979). Locus of control and symptoms of psychological distress among Chinese-Americans. *International Journal of Social Psychiatry*, 25(3), 176-187.
- Kutner, N.G. (2001). Improving compliance in dialysis patients: Does anything work? *Seminars in Dialysis*, 14(5), 324-327.
- Kuzeyli Yıldırım, Y., Fadiloğlu, Ç. (2005). Diyaliz hastalarında progresif gevşeme yöntemlerinin kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(1), 33-45.
- Lee, S., Molassiptis, A. (2002). Dietary and fluid compliance in Chinese hemodialysis patients. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), 695-704.
- Lefcourt, H. M. (1982). *Locus of Control: Current Trends in Theory and Research*. 2nd Ed. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, London.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(3), 397-404.
- Levenson, H. (1981) *Differentiating among internality, powerful others, and chance*. In LefCourt, HM (Ed.) *Research with the Locus of Control Construct*, (1): Assessment Methods, 15-63, New York: Academic Press.

- Leventhal, H., Zimmerman, R., Gutmann, M. (1984a). Compliance: A self-regulation perspective. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioural Medicine*, 369-436. New York: Guilford.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., Steele, D. J. (1984b). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Levin, A., Schulz, M. (1980). *Multidimensional health locus of control and compliance in low and high participation hemodialysis*. Unpublished master's thesis, University of Wisconsin, Madison.
- Lin, C. C., Liang, C. C. (1997). The relationship between health locus of control and compliance of hemodialysis patients. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 13(4), 243-254.
- Linehan, C. B. (1992). Health locus of control and perceived quality of life in patients with cancer. Master's Thesis. San Jose State University.
- Luszczynska, A., Schwarzer, R. (2005). Multidimensional health locus of control: Comments on the construct and its measurements. *Journal of Health Psychology*, 10(5), 633-642.
- Lynn, J., Harrold, J. (1999). *Handbook for moral: Guidance for people facing serious illness*. New York: Oxford University Press.
- Lyons, A. C., Chamberlain, K (2006). *Health Psychology: A critical introduction*. Cambridge University Press, New York.
- MacDonald, A.P., Tseng, M.S. (1971). *Dimension of internal versus external control revisited*. Unpublished manuscript, University of West Virginia.

- Marciano, R. C., Bouissou Soares, C. M., Diniz, J. S. S., Lima, E. M. L., Silva, J. M. P., Canhestro, M. R., Gazzinelli, A., Melo, C. C. D., Dias, C. S., Simoes e Silva, A. C., Correa, H., Oliveira, E. A. (2011). Behavioral disorders and low quality of life in children and adolescents with chronic kidney disease. *Pediatric Nephrology*, 26(2), 281-290.
- Martin, C. R., Thompson, D. R. (2000). Prediction of quality of life in patients with end-stage renal disease. *British Journal of Health Psychology*, 5(1), 41-55.
- McFarlane, P. A. (2010). Should patients remain on intensive hemodialysis rather than choosing to receive a kidney transplantation? *Seminars in Dialysis*, 23(5), 516-519.
- McQuillen, A. D., Licht, M. H., Licht, B. G. (2003). Contributions of disease severity and perceptions of primary and secondary control to the prediction of psychosocial adjustment to Parkinson's Disease. *Health Psychology*, 22(5), 504-512.
- Meijer, S.A., Sinnema, G., Bijtsra, J.O., Mellenbergh, G.J., Wolters, W.H. (2002). Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescent with a chronic illness. *Social Science and Medicine*, 54(9), 1453-1461.
- Mingardi, G. (1998). From the development to the clinical application of a questionnaire on the quality of life in dialysis. The experience of the Italian Collaborative DIA-QOL (Dialysis-Quality of Life) Group. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 13(1), 70-75.
- Mirels, H. (1970). Dimensions of internal versus external control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34(2), 226-228.
- Molinari, V., Khanna, P. (1981). Locus of control and its relationship to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 45(3), 314-319.
- Mollaoğlu, M., Bağ, E. (2009). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz yeterlilik ve etkileyen faktörler. *İstanbul Tıp Dergisi*, 72(2), 37-42.

- Montinaro, V., Iaffaldano, G. P., Granata, S., Porcelli, P., Todarello, O., Schena, F. P., Pertosa, G. (2010). Emotional symptoms, quality of life and cytokine profile in hemodialysis patients. *Clinical Nephrology*, 73(1), 36-43.
- Moran, A., Scott, A., Darbyshire, P. (2010). Waiting for a kidney transplant: patients' experiences of haemodialysis therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 501-509.
- Notani, A. S. (1998). Moderators of perceived behavioral control's predictiveness in the theory of planned behavior: A meta-analysis. *Journal of Consumer Psychology*, 7(3), 247-271.
- Oka, M., Tomura, S., Takahashi, H., Tsuchiya, S. (1999). Treatment regimen adherence and life-satisfaction in hemodialysis patients: a covariance structure analysis. *Japanese Society of Nephrology*, 3(3), 198-206.
- Ovayolu, N., Uçan, Ö., Pehlivan, S., Yıldızgördü, E. (2007). Hemodiyaliz hastalarının tedaviye ve diyete uyumları ile bazı kan değerleri arasındaki ilişki. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 93-100.
- Overmier, J. B., Seligman, M. E. P. (1967). Effects of inescapable shock on subsequent escape and avoidance learning. *Journal of Comparative Physiological Psychology* 63(1), 28-33.
- Pang, S. K., Ip, W. Y., Chang, A. M. (2001). Psychological correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 691-698.
- Peerbhoy, D., Hall, G.M., Parker, C., Shenkin, A., Salmon, P. (1998). Patients' reactions to attempts to increase passive or active coping with surgery. *Social Science and Medicine*, 47(5), 595-601.
- Poll, I.B., Kaplan De Nour, A. (1980). Locus of control and adjustment to chronic hemodialysis. *Psychological Medicine*, 10(1), 153-157.

- Pucheu, S., Consoli, S. M., D'Auzac, C., Français, P., Isaad, B. (2004). Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients? *Journal of Psychosomatic Research*, 56(3), 317-322.
- Ricardo, A. C. (2010). Depression and chronic kidney disease. *Kidney*, 19(4), 172-174.
- Rock, D. L., Meyerowitz, B. E., Maisto, S. A., Wallston, K. A. (1987). The derivation and validation of six multidimensional health locus of control clusters. *Research in Nursing and Health*, 10(3), 185-195.
- Rodrigues Fructuoso, M., Castro, R., Oliveira, I., Prata, C., Morgado, T. (2011). Quality of life in chronic kidney disease. *Nefrologia*, 31(1), 91-96.
- Rosenstock, I. M. (1966). *Why people use health services*. Milbank Memorial Fund Quarterly, 83(4), 1-32.
- Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice-Hall.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychology Monograph*, 80(1), 1-28.
- Rotter, J.B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(1), 56-67.
- Ruiz de Alegria-Fernandez de Retana, B., Basabe-Barañano, N., Fernandez-Prado, E., Baños-Baños, C., Nogales-Rodriguez, M. A., Echavarri-Escribano, M., Moraza-Echevarria, M. A., Urquiza-Askuenaga, R., Madinabeitia-Merino, R., Gonzalez Manjon, M., San Vicente Sancho, J., Bejaran Garcia, A., Diez de Baldeon Herrero, M. S. (2009). Quality of life and coping: differences between patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis and those under hospital hemodialysis. *Enfermeria Clinica*, 19(2), 61-68.

- Sağduyu, A., Şentürk, V., Sezer, S., Emiroğlu, Özel, S. (2006). Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 22-31.
- Sanberk, İ., İnanç, B. (2009). Yaşam kalitesinin sağlık denetim odağı, fiziksel belirti ve özyeterlik algısı açısından incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 36(3), 92-104.
- Schneider, B. (1992). Multidimensional health locus of control as partial predictor of serum phosphorus in chronic hemodialysis. *Psychological Reports*, 70(3 Pt 2), 1171-1174.
- Schneider, M.S., Friend, R., Whitaker, P., Wadhwa, N.K. (1991). Fluid noncompliance and symptomatology in end-stage renal disease: cognitive and emotional variables. *Health Psychology*, 10(3), 209-215.
- Schulman, P. (1995). *Explanatory style and achievement in school and work*. In Buchanan G.M. & Seligman M.E.P. (Eds.), *Explanatory Style*. (pp. 159-172). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Schröder, C., Morrison, V., Johnston, M., Teunissen, L., Notermans, N., Meeteren, N. (2007). *Rehabilitation Psychology*, 52(3), 280-289.
- Sensky, T., Leger, C., Glimour, S. (1996). Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimen by people on chronic haemodialysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 65(1), 36-42.
- Shelley, M., Pakenham, K. I. (2004). External health locus of control and general self-efficacy: Moderators of emotional distress among university student. *Australian Journal of Psychology*, 56(3), 191-199.
- Stein, M., Smith, M., Wallston, K. A. (1984). Cross-cultural issues in health locus of

- control beliefs. *Psychological Studies*, 29(1), 112-116.
- Strecher, V.J., Rosenstock, I.M. (1997). The Health Belief Model. In Baum A, Newman S, Weinman J, West R, McManus C (Eds.) *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge University Press.
- Solano, P. J., Gomes B., Higginson, I. J. (2006). A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(1), 58-69.
- Soskolne, V., Bonne, O., Denour, A. K., Shalev, A. Y. (1996). Depressive symptoms in hospitalized patients: a cross-sectional survey. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26(3), 271-285.
- Stupnisky, R. H., Perry, R. P., Hall, N. C., Guay, F. (2012). Examining perceived control level and instability as predictors of first-year college students' academic achievement. *Contemporary Educational Psychology*, 37(2012), 81-90.
- Süleymanlar, G. (1997). Kronik böbrek hastalığı ve yetmezliği: Tanımı, evreleri, evreleri ve epidemiyolojisi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, *Türkiye Klinikleri*, 3(38), 1-7.
- Şengül, Y., Kara, B., Arda, M. N. (2010). Kronik bel ağrılı hastalarda sağlık denetim odağı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Turkish Neurosurgery*, 20(2), 180-185.
- Tanrıverdi, M.H., Karadağ, A., Hatipoğlu, E.Ş. (2010). Kronik böbrek yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2(2), 27-32.
- Takaki, J., Yano, E. (2006). Possible gender differences in the relationship of self-efficacy and the internal locus of control with compliance in hemodialysis patients. *Behavioral Medicine*, 32(1), 5-11.
- Tamam, L. (2009). Anksiyöz depresyonun klinik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (10)1, 11-17.

- Taşkapan, H., Ateş, F., Kaya, B., Emul, M., Kaya, M., Taşkapan, C., Şahin, İ. (2005). Psychiatric disorders and large interdialytic weight gain in patients on chronic hemodialysis. *Nephrology (Carlton)*, 10(1), 15-20.
- Tel H, Tel H. (2011). Quality of life and social support in Hemodialysis patients. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 27(1), 64-67.
- Theofilou, P. (2012). Quality of life and mental health in hemodialysis and peritoneal dialysis patients: the role of health beliefs. *Nephrology*, 44(1), 245-253.
- Timmers, L., Thong, M., Dekker, F. W., Boeschoten, E. W., Heijmans, M., Rijken, M., Weinman, J., Kaptein, A. (2008). Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychology and Health*, 23(6), 679-690.
- Tsay, S., Healstead, M. (2002). Self-care, self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 39(3), 245-251.
- Tschann, J. M., Flores, E., Pasch, L. A., Marin B. V. (2005). Emotional distress, alcohol use, and peer violence among Mexican-American and European-American adolescent. *Journal of Adolescent Health*, 37(1), 11-18.
- Utaş, C., Akpolat, T. (2001). *Hemodiyaliz hekimi el kitabı*. (Ed. Tekin Akpolat, Cengiz Utaş). Böbrek yetmezliği: Genel bilgiler. (İkinci Baskı). Kayseri: Anadolu Yayıncılık.
- Üstündağ-Budak, A. M. (1999). *The role of personality variables in predicting the reported physical symptoms of male and female college students*. Unpublished Master thesis, Middel East Technical University, Ankara.
- Üstündağ-Budak, M., Mocan-Aydın, G. (2005). The role of personality factors in predicting the reported physical health symptoms of Turkish college students. *Adolescence*, 4(159), 560-572.

- Üstündağ, H., Gül, A., Zengin, N., Aydın, M. (2007). Böbrek nakli yapılan hastalarda yaşam kalitesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 117-126.
- VanderVoort, D. J., Luis, P. K., Hamilton, S. E. (1997). Some correlates of health locus of control among multicultural individual. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 16(2), 167-178.
- Varela, L., Vazquez, M. I., Bolaños, L., Alonso, R. (2011). Psychological predictors for health-related quality of life in patients on peritoneal dialysis. *Nefrologia*, 31(1), 97-106.
- Walker, J. (2001). *Control and the psychology of health: Theory, measurement and applications*. 1st Ed., Open University Press, Philadelphia.
- Wallston, K. A., Maides, S. A., Wallston, B. S. (1976a). Health related information seeking as a function of health related locus of control and health value. *Journal of Research in Personality*, 10(2), 215-222.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., Maides, S. A. (1976b). The development and validation of the health related locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(4), 580-585.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. (1981). Health locus of control scales. *Research with the locus of control construct*, 1(1), 189-243.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S. (1982). *Who is responsible for your health: The construct of health locus of control*. In G. Sanders & J Suls (Eds.) *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum & Associates, 65-95.

- Wallston, K. A. (1982). Health locus of control beliefs. *Patient Education Newsletter*, 5, 56-57.
- Wallston, K. A., Smith, R. A., King J. E., Forsberg, P. R., Wallston, B. S., Nagy, V. T. (1983). Expectancies about control over health: Relationship to desire for control of health care. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9(3), 377-385.
- Wallston, K. A. Wallston, B. S., Smith, S., Dobbins, C. J. (1987). Perceived control and health. *Current Psychological Research & Reviews*, 6(1), 5-25.
- Wallston, K. A. (1989). *Assessment of control in health care settings*. In A. Steptoe & A. Appels (Eds.) *Stress, personal control and health*. Chichester, England: Wiley.
- Wallston, K.A. (1991). The importance of placing measures of health locus of control beliefs in a theoretical context. *Health Education Research, Theory & Practice*, 6(2), 215-252.
- Wallston, K.A., Stein, M.J., Smith, K.A. (1994). Form C of the MHLC Scales: A condition-specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 63(3), 534-553.
- Wallston, K.A. (1997). *Perceived control and health behavior*. In A. Baum, C. McManus, S. Newman, J. Weinman, and R. West (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and medicine* (1). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Wallston, K. A., Malcane V. L., Flores, L., Hansdotter, I., Smith, C. A., Stein, M. J. Weisman, M. H., Clements, P. J. (1999). Does God determine your health? The God Locus of Health Control scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2), 131-142.
- Wallston, K. A. (2001). *Conceptualization and operationalization of perceived control*.

- In A. Baum, T. Revenson, and J. E. Singer (Eds.) *The Handbook of Health Psychology*. Mahwah, NJ: Erlbaum. 49-58.
- Wallston, K.A. (2004). *Multidimensional Health Locus of Control Scale*. In A. J. Christensen, R. Martin, and J. Smyth (Eds.) *Encyclopedia of Health Psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum. 171-172.
- Wallston, K.A. (2005) Overview of the special issue on research with the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Journal of Health Psychology*, 10(5), 619-621.
- Ware, J. E., Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form Health Survey (SF-36). I Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Weaver, R. (1972). *Internality, externality, and compliance as related to chronic home dialysis patients*. Unpublished Master's thesis, Emory University.
- Weinman, J. A., Petrie K. J., Moss-Morris, R., Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing cognitive representations of illness. *Psychology and Health*, 11(3), 431-445.
- Welch, J. L., Siek, K. A., Connelly, K. H., Astroth, K. S., McManus, M. S., Scott, L., Heo, S., Kraus, M. A. (2010). Merging health literacy with computer technology: Self-managing diet and fluid intake among adult hemodialysis patients. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 192-198.
- Wenerowicz, W. J., Riskind, J. H., Jenkins, P. G. (1978). Locus of control and degree of compliance in hemodialysis patients. *Journal of Dialysis*, 2(5-6), 495-505.
- Wittenberg, S. H., Blanchard, E. B., Suls, J., Tennen, H., McCoy, G., McGoldrick, M. D. (1983). Perceptions of control and causality as predictors of compliance and coping in hemodialysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 4(4), 319-336.

- Wolcott, D. L., Nissenson, A. R. (1988). Quality of life in chronic dialysis patients: a critical comparison of continous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) ad hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation*, 11(5), 402-412.
- Wolcott, D. L., Nissenson, A. R., Landsverk, J. (1988). Quality of life in chronic dialysis patients. Factors unrelated to dialysis modality. *General Hospital Psychiatry*, 10(4), 267-277.
- Wu, A.M.S., Tang, C.S.K., Kwok, T.C.Y. (2004). Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses. *Aging & Mentalh Health*, 8(1), 21-28.
- Yetişkin, Ş. (2008). *Hemodiyaliz hastalarının yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi*. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta uzmanlık tezi, İstanbul.
- Yu, H., Petrini, M. A. (2010). The HRQoL of Chinese patients undergoing haemodialysis. *Journal of Clinical Nursing*, 19(5-6), 658-665.
- Zampieri, M. (2011). Locus of control, depression, and quality of life in Parkinson's disease. *Journal of Health Psychology*, 16(6), 980-987.
- Zetin, M., Plummer, M. J., Vaziri, N. D., Cramer, M. (1981). Locus of control and adjustment to chronic hemodialysis. *Clinical and Experimental Dialysis and Apheresis*, 5(3), 319-334.
- Zimmerman, M. A. (1990). Toward a theory of learned hopefulness: A structural model analysis of participation and empowerment. *Journal of Research in Personality*, 24(1), 71-86.

EKLER (APPENDICES)

EK A BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Kurum: Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Odaklı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans

Bu çalışma, bilimsel bir araştırma niteliğinde olup, araştırmanın adı “Çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı Ölçeği C Formu: Türkiye Geçerlik-Güvenirlilik Çalışması”dır. Bu araştırmada bir anket doldurmanız istenecektir. Bu ankette hastalığınız hakkında neler düşündüğünüz ve kendiniz ve hastalığınız hakkında neler hissettiğinizle ilgili sorular yer alacaktır. Verilen soruları kendi kendinize okumanız ve cevaplamanız istenecektir. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Dolayısıyla, sizin için en uygun olan cevabı işaretlemeniz önemlidir.

Eğer anlamadığınız sorular varsa veya anketi kendiniz dolduramıyorsanız araştırmacıdan yardım alabilirsiniz. Katılımınız tamamen gönüllülüğe bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirseniz aşağıdaki formu doldurmanız gerekecektir.

- **Bana verilen bilgi formunu okudum. ()**
- **Bu araştırmaya katılıp katılmamamın tedavimi etkilemeyeceğini biliyorum. ()**
- **Araştırmanın herhangi bir aşamasında onayımı çekme hakkına sahip olduğumu biliyorum. ()**
- **Bu araştırmaya katılmak istiyorum. E () H ()**
- **Formun bir örneğini aldım / almak istemiyorum (bu durumda araştırmacı bu kopyayı saklar). ()**

Katılımcının Adı-Soyadı: _____

İmzası: _____

Tarih (gün/ay/yıl): ___ / ___ / _____

Araştırmacının Adı-Soyadı: _____

İmzası: _____

Tarih (gün/ay/yıl): ____/____/____

EK B BİLGİ FORMU

Cinsiyet: K () E () **Doğum tarihi:** _____

Uygulamanın yapıldığı kurum: _____

Yaşadığınız yer (il / ilçe / semt): _____

Medeni durumunuz: Bekar () Boşanmış () Evli () Ayrı yaşıyor () Dul ()

Çalışma durumunuz: Çalışıyorum () Çalışmıyorum () Emekliyim ()

Eğer çalışıyorsanız: Mesleğiniz? _____

Eğer çalışmıyorsanız: Hiç çalışmadım. () İş arıyorum. ()

Eğer emekliyseniz: Sağlık problemlerinden dolayı () Sağlık problemlerinden bağımsız ()

Eğitim durumunuz (son bitirdiğiniz okul):

Okuma yazma bilmiyor () Orta okul mezunu () Lisansüstü mezunu ()

Okuma yazma biliyor () Üniversite mezunu () Yüksekokul ()

İlkokul mezunu () Lise mezunu ()

Ne kadar süredir hemodiyalize girmektesiniz? _____

Haftada kaç kez hemodiyalize giriyorsunuz? İki kez () Üç kez ()

Başka bir sağlık probleminiz varsa lütfen belirtiniz. _____

Gelir düzeyiniz: 600'den az () 600-1200 () 1200-1800 () 1800'den fazla ()

İdrara çıkıyor musunuz? Evetse ne sıklıkta? _____

EK C ÇOK BOYUTLU SAĞLIK DENETİM ODAĞI C FORMU

Aşağıdaki her bir madde, sağlık durumunuz hakkındaki inançlarınıza yönelik bir ifadeyi belirtmektedir. Her bir ifade için “Kesinlikle katılmıyorum (1)” ile “Kesinlikle katılıyorum (6)” arasında değişen bir derecelendirme vardır. Her bir madde için, o ifadeye ne kadar katıldığınızı temsil eden sayıyı daire içine almanızı istiyoruz. Bir ifadeye ne kadar çok katılıyorsanız işaretleyeceğiniz sayı da o kadar yüksek olacaktır. Bir ifadeye ne kadar katılmıyorsanız, daire içine alacağınız sayı da o kadar düşük olacaktır. Lütfen bütün maddeleri cevapladığınızdan ve her bir madde için sadece bir sayıyı daire içine aldığınızdan emin olun. Bu ölçek sizin kişisel inançlarınızla ilgilidir; bu sebeple doğru ya da yanlış cevap yoktur.

(Her satırda bir sayının etrafına daire çiziniz.)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmama eğilimindeyim	Katılma eğilimindeyim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1) Eğer hastalığım kötüleşirse, kendimi ne kadar kısa sürede tekrar iyi hissedeceğimi kendi davranışlarım belirleyecektir.	1	2	3	4	5	6
2) Hastalığım düşünüldüğünde, her şey olacağına varacaktır.	1	2	3	4	5	6
3) Eğer doktorumu düzenli görürsem, hastalığımla ilgili problem yaşama olasılığım düşer.	1	2	3	4	5	6
4) Hastalığımı etkileyen çoğu şey, şans eseri başıma gelmiştir.	1	2	3	4	5	6
5) Hastalığım ne zaman kötüleşse bir sağlık uzmanına danışmalıyım.	1	2	3	4	5	6

6) Hastalığının iyiye ya da kötüye gitmesinden doğrudan ben sorumluyum.	1	2	3	4	5	6
7) Hastalığının iyileşmesi, aynı kalması ya da kötüleşmesinde diğer insanlar büyük bir rol oynamaktadır.	1	2	3	4	5	6
8) Hastalığımla ilgili kötü giden ne varsa benim kendi suçumdur.	1	2	3	4	5	6
9) Hastalığının iyi gitmesinde şans büyük bir rol oynamaktadır.	1	2	3	4	5	6
10) Hastalığının iyiye gitmesi, diğer insanların hayatta doğru şeylerin olduğuna inanmasına bağlıdır.	1	2	3	4	5	6
11) Hastalığımla ilgili oluşan herhangi bir iyileşme, büyük ölçüde iyi talihin işidir.	1	2	3	4	5	6
12) Hastalığımı etkileyen esas şey, benim kendimin ne yaptığımdır.	1	2	3	4	5	6
13) Hastalığım iyiye gittiğinde övgüyü, kötüleştiğinde suçu ben üstlenmeliyim.	1	2	3	4	5	6
14) Doktorun dediklerini harfiyen uygulamak, hastalığının kötüleşmesini önlemenin en iyi yoludur.	1	2	3	4	5	6
15) Eğer hastalığım kötüleşirse bu kaderin işidir.	1	2	3	4	5	6
16) Eğer şanslıysam hastalığım iyiye gidecektir.	1	2	3	4	5	6
17) Eğer hastalığım kötüye gitmeye başlarsa, bu kendime iyi bakmadığım içindir.	1	2	3	4	5	6
18) Başkalarından aldığım yardımın şekli, hastalığının ne kadar çabuk iyiye gideceğini belirler.	1	2	3	4	5	6

EK D SF-36

Aşağıdaki sorular size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler, sizin kendinizi nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi öğrenmemizde yardımcı olacaktır. Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayınız. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olamazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyiniz. Teşekkürler.

1) Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

(Seçtiğiniz birinin etrafına daire çiziniz)

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Fena değil	4
Kötü	5

2) Geçen seneyle karşılaştırıldığında, *şimdi* sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

(Seçtiğiniz birinin etrafına daire çiziniz)

Bir yıl önceye göre çok daha iyi	1
Bir yıl önceye göre daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl önceye göre daha kötü	4
Bir yıl önceye göre çok daha kötü	5

3) Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir.

Şu sıralarda sağlığınız sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

(Her satırda bir sayının etrafına daire çiziniz.)

FAALİYETLER		Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayr, Hiç Kısıtlamıyor
1	Kuvvet gerektiren faaliyetler , örneğin ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak	1	2	3
2	Orta zorlukta faaliyetler , örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif sporlar yapmak	1	2	3
3	Çarşı-Pazar torbalarını taşımak	1	2	3
4	Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
5	Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
6	Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak	1	2	3
7	Bir kilometre'den fazla yürümek	1	2	3
8	Birkaç yüz metre yürümek	1	2	3
9	Yüz metre yürümek	1	2	3
10	Yıkanmak ya da eğilmek	1	2	3

4) Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde ve ya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

(Her satırda bir sayının etrafına daire çiziniz.)

		Evet	Hayır
1	İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
2	Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
3	Yapabildiğiniz iş türünde ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2

4	İş ya da diğer uğraşları yapmakta zorlanmak	1	2
---	---	---	---

- 5) Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde ve ya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemlerinizi nedeniyle (üzüntü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

(Her satırda bir sayının etrafına daire çizersiniz.)

		Evet	Hayır
1	İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
2	Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2
3	İş ya da diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapamamak	1	2

- 6) Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi, aileniz arkadaşlarınız, komşularınızla ya da diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu?

(Seçtiğiniz birinin etrafına daire çizersiniz.)

Hiç	1
Biraz	2
Orta derecede	3
Epeyce	4
Çok fazla	5

- 7) Son bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu?

(Seçtiğiniz birinin etrafına daire çizersiniz.)

Hiç olmadı	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta hafiflikte	4
Aşırı derecede	5
Çok aşırı derecede	6

8) Son bir ay (4 hafta) içerisinde ağrı normal işleyişinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

(Seçtiğiniz birinin etrafına daire çiziniz.)

Hiç olmadı	1
Biraz	2
Orta derecede	3
Epeyce	4
Çok fazla	5

9) Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin.

Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı -

(Her satırda bir sayının etrafına daire çiziniz.)

		Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman
1	Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
2	Çok sinirli bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5	6
3	Hiçbir şeyin sizi neşelendirmeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
4	Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
5	Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5	6
6	Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
7	Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
8	Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6

9	Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
---	---------------------	---	---	---	---	---	---

10) Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

(Seçtiğiniz birinin etrafına daire çiziniz.)

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazen	3
Çok ender	4
Hiçbir zaman	5

11) Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar DOĞRU ya da YANLIŞ?

(Her satırda bir sayının etrafına daire çiziniz.)

		Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çok kere yanlış	Kesinlikle yanlış
1	Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
2	Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım.	1	2	3	4	5
3	Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum.	1	2	3	4	5
4	Sağlığım mükemmeldir.	1	2	3	4	5

EK E GENEL SAĞLIK ANKETİ – 12

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayın. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız. **Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.** Teşekkürler.

SON ZAMANLARDA

- **Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?**

1-Hayır, hiç çekmiyorum 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden sık 4-Çok sık

- **Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?**

1-Hayır, hissetmiyorum 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden sık 4-Çok sık

- **Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?**

1-Her zamankinden çok 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden az 4-Çok daha az

- **İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?**

1-Her zamankinden çok 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden az 4-Çok daha az

- **Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?**

1-Her zamankinden çok 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden az 4-Çok daha az

- **Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?**

1-Hayır, hiç çekmiyorum 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden sık 4-Çok sık

- **Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?**

1-Hayır, hiç hissetmiyorum 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden sık 4-Çok sık

- **Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?**

1-Her zamankinden çok 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden az 4-Çok daha az

- **Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?**

1-Her zamankinden çok 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden az 4-Çok daha az

- **Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?**

1-Hayır, hiç hissetmiyorum 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden sık 4-Çok sık

- **Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?**

1-Hayır, hiç kaybetmiyorum 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden sık 4-Çok sık

- **Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?**

1-Hayır, hiç görmüyorum 2-Her zamanki kadar 3-Her zamankinden sık 4-Çok sık