



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMODİYALİZ HASTALARININ MANEVİ YÖNELİMLERİ İLE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Serpil BABUR

**Samsun
Ocak-2019**



T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMODİYALİZ HASTALARININ MANEVİ YÖNELİMLERİ İLE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Serpil BABUR

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA

**Samsun
Ocak-2019**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Serpil BABUR tarafından Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA danışmanlığında hazırlanan **Hemodiyaliz Hastalarının Manevi Yönelimleri ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki** başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 07/01/2019 tarihinde yapılan sınav ile Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Dr. Öğr. Üyesi Eylem TOPBAŞ,

Amasya Üniversitesi



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK,

Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA,

Ondokuz Mayıs Üniversitesi



ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.....

Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tüm tez sürecimde desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, bana her konuda zaman ayırarak bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Afitap ÖZDELİKARA'ya,

Araştırmamın veri toplama aşamasında büyük katkılarından dolayı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hemodiyaliz Ünitesi'nde ve Nefroloji Servisi'nde görev yapan kıymetli meslektaşlarıma ve tüm hemodiyaliz hastalarına,

Hayatım boyunca her anımda yanımda olan, en büyük destekçilerim annem Semra BABUR ve babam Mehmet BABUR'a

Bu zorlu süreçte beni yalnız bırakmayan babaanem Hayriye BABUR, kardeşlerim Seda BABUR ve Yusuf BABUR'a

Manevi desteği ile daima yanımda olan, varlığı ile her zaman bana güç veren Gökhan GÜNAYDIN'a

Gülen yüzü ve neşesiyle beni hep motive eden sevgili arkadaşım Ahsen TAŞTAN'a teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

HEMODİYALİZ HASTALARININ MANEVİ YÖNELİMLERİ İLE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: Bu araştırma hemodiyaliz hastalarının manevi yönelimleri ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evrenini 15.07.2017-15.05.2018 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hemodiyaliz Ünitesi, Nefroloji Servisi ve aynı kuruma bağlı Şehir Sağlık Merkezi'nde tedavi gören 100 hemodiyaliz hastası oluşturmuştur. Veriler, Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, Manevi Yönelim Ölçeği (MYÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Spearman korelasyon analizinden yararlanılmıştır.

Bulgular: Hastaların yaş ortalamasının $56,7 \pm 14,4$ olduğu, % 53'ünün 1-5 yıl önce kronik böbrek yetmezliği tanısı aldığı, % 75'inin 1-5 yıldır hemodiyaliz tedavisi aldığı, % 63' ünün başka bir kronik hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Hastaların % 51'inin manevi durumunu, % 70'inin ise umut durumunu orta düzey olarak bildirdiği belirlenmiştir. Bu çalışmada MYÖ toplam puan ortalaması $99,57 \pm 15,51$ olarak saptanmıştır. BUÖ toplam puan ortalaması ise $5,68 \pm 4,43$; gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutu toplam puan ortalaması $1,2 \pm 1,29$ iken motivasyon kaybı alt boyutu toplam puan ortalaması $2,56 \pm 1,89$ ve umut alt boyutu toplam puan ortalaması $1,91 \pm 1,82$ olarak belirlenmiştir. MYÖ ile BUÖ arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Sonuç: Hemodiyaliz hastalarının manevi yönelimleri arttıkça umutsuzluk düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz; Manevi yönelim; Umutsuzluk

Serpil BABUR, Yüksek Lisans Tezi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Ocak – 2019

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE SPIRITUAL ORIENTATIONS OF HEMODIALYSIS PATIENTS AND HOPLESSNESS LEVELS

Aim: This research was carried out as a descriptive study to determine the relationship between the spiritual orientations of hemodialysis patients and hopelessness levels.

Material and Method: The population of the research study consists of 100 hemodialysis patients who were treated at the hemodialysis unit of Ondokuz Mayıs University Health Research and Application Center, nephrology service and the City Health Center of the same institution between 25.06.2017-25.12.2018. The data were collected by using the Patient Information Form, Spiritual Orientation Scale and Beck Hopelessness Scale. The compliance of the data with normal distribution, was examined by using the Shapiro Wilk test. Kruskal Wallis and Mann Whitney U tests while the relationship between the sub-scales was studied by means of Spearman's rank correlation coefficient.

Results: It was determined that the mean age of the patients was 56.7 ± 14.4 , 53% have been diagnosed with chronic renal failure 1 to 5 years ago, and 63% of them have another chronic disease. It was determined that 51% of the patients reported their spirituality and 70% of the patients reported their hope levels as moderate. The mean total Spiritual Orientation Scale score in this study was found to be 99.57 ± 15.51 . While the mean total score of Beck Hopelessness Scale sub-scale involving the feelings and expectations about the future was found to be 1.2 ± 1.29 , the mean total score of the loss of motivation sub-scale was 2.56 ± 1.89 , the mean total score of hope sub-scale was 1.91 ± 1.82 and the mean total score of Beck Hopelessness Scale was found to be 5.68 ± 4.43 . A weak negative correlation was found between the Spiritual Orientation Scale and Beck Hopelessness Scale

Conclusion: It was determined that as the spiritual orientations of the hemodialysis patients increased, the levels of hopelessness decreased.

Keywords: Hemodialysis; Spiritual orientation; Hopelessness

Serpil BABUR, Master Thesis

Ondokuz Mayıs University - Samsun, January - 2019

SİMGELER VE KISALTMALAR

APD	:Aletli Periton Diyalizi
ark.	:Arkadaşları
BUÖ	:Beck Umutsuzluk Ölçeği
GFR	:Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	:Hemodiyaliz
PD	:Periton Diyalizi
TX	:Renal Transplantasyon
KBY	:Kronik Böbrek Yetmezliği
Mak	:Maksimum
Min	:Minimum
MYÖ	:Manevi Yönelim Ölçeği
n	:Olgu Sayısı
NKF KDOQ	:Ulusal Böbrek Vakfı Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimleri
OMÜ SUVAM	:Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
p	:Anlamlılık Düzeyi
r	:Spearman korelasyon katsayısı
RRT	:Renal Replasman Tedavileri
S.S	: Standart Sapma
SAPD	:Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences
t	:Bağımsız Örnekler t Test İstatistiği
TDK	:Türk Dil Kurumu
U	:Mann – Whitney U Testi
x²	:Kruskal – Wallis Analizi
\bar{x}	:Aritmetik Ortalama
%	:Yüzde

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği	3
2.1.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi	3
2.1.2. Fizyopatoloji.....	4
2.1.3. Etyoloji	4
2.1.4. Evreleri	4
2.1.5. Belirtileri.....	5
2.1.6. Renal Replasman Tedavileri.....	9
2.2. Hemodiyaliz Hastalarında Psikososyal Sorunlar	11
2.3. Hemodiyaliz ve Umutsuzluk İlişkisi	13
2.4. Hemodiyaliz ve Maneviyat İlişkisi	14
2.5. Umutsuzluk ve Maneviyat İlişkisi	14
3. MATERYAL VE METOT	16
3.1. Araştırmanın Şekli	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.4. Verilerin Toplanması	17
3.4.1. Verilerin Toplanma Şekli ve Süresi	17
3.4.2. Veri Toplama Araçları.....	17
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.6. İstatistiksel Değerlendirme.....	18
3.7. Araştırmanın Sınırlılığı	18

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	19
4.BULGULAR	20
5. TARTIŞMA	31
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	38
6.1.Sonuçlar.....	38
6.2.Öneriler	39
KAYNAKLAR	41
ÖZGEÇMİŞ	58



1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), glomerüler filtrasyon hızında azalma sonucunda meydana gelen (60 ml/dk ve altı), vücudun sıvı-elektrolit ve metabolik dengenin devamı için gerekli olan böbrek işlevlerinin geri dönüşsüz bozulması olarak tanımlanan, yaşam kalitesinin bozulduğu ve mortalitenin arttığı bir sağlık sorunudur (Biro, 2011; Dentlinger ve Ramdin, 2015; Karadakovan, 2016). KBY’de renal replasman tedavileri (RRT) uygulanmaktadır ve ülkemizde en sık kullanılan yöntem hemodiyaliz (HD) tedavisidir. (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2016).

KBY hastalarında hemodiyalizin tedavi yöntemi olarak kullanılmasıyla hastaların yaşam süreleri uzamıştır. Ancak bununla beraber hastaların yaşamış oldukları sıkıntılarda artmıştır. HD hastaları, tedavi süreci boyunca diyaliz makinesine, sağlık profesyonellerine ve aile üyelerine bağımlı hale gelmekte, eşleri ile sorunlar yaşamakta, psikososyal ve ekonomik sıkıntılar ile karşılaşmaktadırlar (Güler ve ark., 2007; Göker, 2008; Duran ve Güngör, 2015). HD hastalarında en sık karşılaşılan ruhsal problemler; depresyon, sosyal yaşamın kısıtlanması, bağımsızlığını kaybetme kaygısı, anksiyete ve umutsuzluktur (Özcan ve ark., 2000; Kızılcık, 2009; Oktay, 2011; El Filali ve ark., 2017; Ravaghi ve ark., 2017).

Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından, “ummaktan doğan güven duygusu” olarak tanımlanan umut, insanlığın doğasında mevcut olan, sıkıntı, acı çekme, yalnızlık gibi stresli durumlarla ile baş edebilmeyi sağlayan, bireyin motivasyonunu geliştiren kavramlardan biridir. Birey kaliteli bir yaşam sürdürmek, sağlıklı ve bağımsız olmak, görevlerini ve sorumluluklarını yerine getirmek için umut edebilir (Kelleci, 2005; Türk Dil Kurumu, 2017).

HD hastalarında sıklıkla karşımıza çıkan umutsuzluk kavramı ise TDK tarafından “ umutsuz olma, ümitsizlik, meyusiyet” olarak tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu, 2017). Umutsuzluk, bireyin sağlığını olumsuz yönde etkileyerek depresyon ya da intihar gibi psikolojik sıkıntılara sebep olabilir (Özmen ve ark., 2008).

Birey; bedeni, aklı, organları, çevresi arasında devamlı değişen bir ilişki içerisinde. Kişinin hastalık ile karşılaştığında verdiği tepkiler ve hastalığa uyumu da

holistik açıdan oldukça önemlidir (Biol, 2011). Bu nedenle KBY’de hastalık ve tedaviye uyum ile beraber hastanın fizyolojik, psikososyal, toplumsal ve manevi problemlere de uyumu sağlanmalıdır (Ramos ve ark., 2008; Lucchetti, 2010; Davison ve Jhangri, 2010).

TDK tarafından; “maddi olmayan, görülmeyen, duyularla sezilebilen, ruhani, tinsel” olarak tanımlanan maneviyat, hastaların kendilerini, önemlerini, amaçlarını ve kişisel yönlerini sorgulayabilmelerini sağlarken, hastalığın da olumsuz getirileriyle başa çıkmak için başvurulmuş önemli bir kaynaktır (Hiçdurmaz ve Öz, 2009; Türk Dil Kurumu, 2018). Sağlık alanında giderek önemi artan maneviyat; yaşam için anlam, kronik hastalık gibi durumlarda umut bulmak için bir çıkış kapısı olarak algılanmaktadır (Greenstreet, 2006). HD hastaları ve onların aileleri, umutlarını devam ettirmek ve olumlu düşünebilmek adına maneviyata yönelebilmektedir (Hiçdurmaz ve Öz, 2009; Ferrer ve ark., 2012). Araştırmacılar ve sağlık profesyonelleri her zaman maneviyatın değerlendirilmesini, öncelik verilmesini, hastalık durumunda veya yaşam sonu dönemde holistik yaklaşım açısından önemli olduğunu vurgulamaktadır (Hiçdurmaz ve Öz, 2009; Reig Ferrer ve ark., 2012).

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma hemodiyaliz hastalarının manevi yönelimleri ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yürütülmüştür.

Araştırmanın Soruları

1. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri nelerdir?
2. Hemodiyaliz tedavisi nedeniyle hastalar umutsuzluk yaşamakta mıdır?
3. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların manevi yönelimleri nasıldır?
4. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarının manevi yönelimleri ile umutsuzlukları arasında bir ilişki var mıdır?
5. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri manevi yönelimlerini ve umutsuzluklarını etkilemekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

2.1.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi

KBY, Glomerular filtrasyon hızında (GFH) azalma sonucunda meydana gelen (60 ml/dk ve altı), vücudun sıvı-elektrolit ve metabolik dengesini devam ettirmek için gerekli olan böbrek işlevlerinin ilerleyici ve geri dönüşsüz bozulması olarak tanımlanan, en az 3 ay süren, yaşam kalitesinin azaldığı ve mortalitenin arttığı bir sağlık sorunudur (Birol 2011; Dentlinger ve Ramdin, 2015; Karadakovan, 2016). GFH 30-50 ml/dk altına inmediği sürece hastalarda görülen belirtiler oldukça azdır. Hastalarda ilk görülen belirti noktüri ve anemi nedeniyle oluşan halsizliktir. GFH 20-25 ml/dk olunca hastada üremik belirtiler görülmeye başlar. GFH 5-10 ml/dk altına inince ise son dönem böbrek yetmezliği gelişmiştir ve hastalar renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar (Erek, 2005).

Süleymanlar ve arkadaşlarının (2011) “Türkiye’de Kronik Böbrek Hastalığına Yönelik Toplum Temelli Bir Anket Çalışması” adı altında yürütmüş oldukları araştırmalarında Türkiye’de genel yetişkin popülasyonundaki KBY oranının %15,7 olduğunu, GFH <60 ml/dk olan hasta oranının ise %5,1 olup her 20 yetişkinin birisinde kritik düzeyde KBY olduğunu, KBY’nin kadınlarda (%18,4) erkeklere (%12,8) oranla daha fazla görüldüğünü, yaşla birlikte riskin belirgin bir şekilde arttığını, kırsal kesimde yaşayanlarda riskin daha fazla olduğunu, ayrıca Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayanlarda KBY riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği’nin 2016 yılında yayınlamış oldukları ortak rapora göre; 2016 yılı sonu itibarı ile çocuk hastalarında dahil olduğu RRT alan 74.475 hastanın 56.687’sinin (%76.2) HD tedavisi aldığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2016). Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında RRT gerektiren son dönem böbrek yetmezliği insidansında; Tayvan birinci, Meksika’nın Jalisco Eyaleti ikinci, Amerika Birleşik Devletleri üçüncü, Türkiye ise 25. sırada yer almaktadır. Prevalans açısından da Tayvan birinci, Japonya ikinci, ABD üçüncü ve Türkiye 30. sıradadır (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2016).

2.1.2. Fیزیopatoloji

Böbreklerin normal işlevleri bozulunca protein metabolizma artıkları idrarla atılamadıklarından kanda birikmeye başlar. KBY’de işlevsel nefronların ilerleyici kaybı olur. Böbrek işlevlerinin azalma hızı ve kronik böbrek yetersizliğinin ilerlemesine proteinüri, hipertansiyon, hiperlipidemi, diyetle yüksek fosfor ve protein alınması katkıda bulunan faktörlerdir (Yenicesu, 2008). Başlangıçta sağlam nefronlar, glomerüler hiperfiltrasyona uyum gösterir ve sağlam kalan tübüller yeterli asit-baz dengesini korumaya çalışır. Bu nedenle GFH 35-50 ml/dk’nın altına inmedikçe belirti vermez. Çünkü üre atılması GFH’ye bağlıdır (Enç ve Alkan, 2014; Dentlinger ve Ramdin, 2015).

2.1.3. Etyoloji

KBY sebeplerinin görülme sıklığı ülkelerin gelişmişlik düzeylerine, verilen sağlık hizmetlerinin kalitesi ve yaygınlığı ile yakından ilişkilidir (Sezen, 2015). En çok bilinen böbrek yetmezliği sebeplerinin başında; hipertansiyon, diyabetes mellitus, primer glomerulonefrit, kronik piyelonefrit, orak hücreli anemi, amiloidozis, renal arter darlığı, multiple myeloma, nefrolitiazis, polikistik böbrek hastalığı, idiyopatik nedenler yer almaktadır (Kaptan, 2012; Gökdoğan, 2015).

2.1.4. Evreleri

Böbreklerin temel fonksiyonlarını yerine getiremedikleri durumlarda, çeşitli derecelerde böbrek yetmezliği tabloları ortaya çıkar. Böbrek yetmezliğinin derecesine bağlı fonksiyonel bozulmalar olur ve bu bozulmaları kompanse etmek için vücut değişik mekanizmalar devreye sokar. Böbreklerin GFH esas alınarak böbrek yetmezliğinin evrelendirilmesi yapılmıştır (Ovayolu, 2017).

Kronik böbrek yetmezliğinin sınıflandırılması Ulusal Böbrek Vakfı Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimleri (NKF KDOQ) tarafından glomerüler filtrasyon hızına göre düzenlenmiştir (Ulusal Böbrek Vakfı, 2018) (Tablo 1).

Tablo 1. Kronik böbrek yetmezliği ve evreleri

Evre	Tanım	GFH (ml/min/1.73m ²)
1	Böbrek hasarı var / GFH normal ya da azalmış	≥90
2	Böbrek hasarı hafif/ Hafif GFH azalması	60-89
3	Böbrek hasarı orta/ Orta GFH azalması	30-59
4	Böbrek hasarı şiddetli/ Ağır GFH azalması	15-29
5	Böbrek Yetersizliği	<15 veya diyaliz

Kaynak: Ulusal Böbrek Vakfı, 2018

Evre 1’ de GFH ≥90 ml/dakikadır. Bu evrede GFH’ nin düşmesi dışında klinik ve laboratuvar herhangi bir bulgu görülmez (Enç ve Alkan, 2014; Ovayolu, 2017).

Evre 2’de GFH 60-89 ml/dakikadır. Bu evrede böbrek hasarı ile beraber GFH normal ya da artmış olabilir. Fakat böbrek hasarı olan kişiler, böbrek yetmezliği ve kardiyovasküler hastalıklar açısından yüksek risk altındadırlar (Enç ve Alkan, 2014; Ovayolu, 2017; Ulusal Böbrek Vakfı, 2018).

Evre 3’de GFH’nin üç ay boyunca 60 ml/dk veya altına inmesi bu hastaların böbrek işlev düzeyinin yarısından fazlasının kaybolduğunun bir göstergesidir. Bu evrede fonksiyonel kayıplar biyokimyasal olarak (noktüri, poliüri, anemi, Blood Urea Nitrogen (BUN) ve keratin değerlerinde artış, idrar konsantrasyonunda azalma vs.) daha belirgindir (Enç ve Alkan, 2014; Ovayolu, 2017; Ulusal Böbrek Vakfı, 2018).

Evre 4’de GFH’ndeki düşmeyle birlikte üremik semptomlar belirgin hale gelir. Hiperfosfatemi, hipokalsemi, renal osteodistrofi, metabolik asidoz, anemi, gastrointestinal (bulantı, kusma, iştahsızlık, kanama) ve nörolojik belirtiler (üremik nöropati, üremik ensefalopati) görülür (Enç ve Alkan, 2014; Ovayolu, 2017).

Evre 5’de üremik semptomlar şiddetlenir, idrar miktarı azalır, tüm organ ve sistemlerle ilgili bulgular ortaya çıkar ve renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyulur (Enç ve Alkan, 2014; Ovayolu, 2017).

2.1.5. Belirtileri

KBY’de BUN değerinin yükselmesi; üriner sistemi, hematolojik sistemi, kardiyovasküler sistemi, solunum sistemini, nörolojik sistemi, kas iskelet sistemini ve endokrin sistemi etkiler, bu nedenle de sistemlere ilişkin birçok belirti ve bulgu görülür (Kaptan, 2012). Belirti ve bulguların ciddiyeti böbrek yetersizliğin derecesine,

yetersizliğine neden olan asıl soruna ve hastanın yaşına göre değişiklik gösterir (Erek, 2005; Ovayolu, 2017).

Üriner Sistem

Böbreğin ilk bozulan işlevlerinden birisi idrarı konsantre etme yeteneğinin azalmasıdır (Erek, 2005). İdrar analizinde idrar dansitesi yaklaşık 1010 civarında ve plazmaya eşittir. İdrarda anormal proteinler ve kan hücreleri görülür (Dentlinger ve Ramdin, 2015).

Metabolik Bozukluklar: GFH'nin azalmasına bağlı olarak BUN ve kreatin değerleri yükselir. BUN sadece böbrek yetersizliğine bağlı olarak artmasının yanında; protein alımı, ateş, kortikosteroidler ve katabolizma sonucunda da artar. Bu nedenle serum kreatinin klirensi değerleri böbrek işlevlerini değerlendirmede daha doğru ve kesin sonuç verir (Custanzo, 2018). BUN değerinin artmasına bağlı olarak bulantı, kusma, letarji, yorgunluk, düşünce sürecinde bozulma, baş ağrısı gibi belirtiler yaygın olarak görülür (Gökdoğan, 2015).

Sıvı- Elektrolit ve Asit-Baz Dengesizlikleri : GFR'nin azalması, sodyum ve suyun böbreklerde tutulması ve buna bağlı gelişen su retansiyonu nedeni ile ani kilo artışı, hipervolemi, hipertansiyon, akciğer ödemi ve konjestif kalp yetmezliği görülür. Bulantı, kusma, diyare nedeni ile; hiponatremi ve dehidratasyon da görülebilir (Ovayolu, 2017). Başlangıçta serum fosfat düzeyi normaldir. Ancak GFH % 25'in altına inince hiperfosfotemi oluşur. Bağırsaklardan kalsiyum emiliminin ve kemiklerden mobilizasyonun azalması ile hiperfosfotemi hipokalsemiye neden olur. Hipokalsemi belirtisi olarak, trousseau ve chovestek bulguları pozitifdir. Hiponatremi ise kaslarda kas kramplarına sebep olur (Gökdoğan, 2015; Costanzo, 2018).

Hematolojik Sistem

Anemi: Böbreklerden eritropoetinin azalması, ürenin kemik iliği üzerine toksik etki yapması, hemoraji, düşük serum kalsiyum seviyesini kompanse etmek için paratrioid hormonunun artması, eritropoezi inhibe ederek eritrosit ömrünün kısalmasına neden olur. Kırmızı kan hücrelerinin olgunlaşması için gereken folik asitin diyalizde

kaybedilmesi ve beslenme yetersizliği, sık alınan kan tahlillerine bağlı olarak da anemi, gelişebilmektedir (Sezen, 2015; Nural, 2015).

Kanamaya Yatkınlık: Trombositlerin birleşme yeteneğinde ve pıhtılaşma faktöründeki bozukluk sonucunda ortaya çıkar (Sezen, 2015; Dentlinger ve Ramdin, 2015).

Kardiyovasküler Sistem

Hipertansiyon: Sodyum ve su tutulumu ya da renin anjiyotensin-aldosteron sisteminin aktivasyonuna bağlı ortaya çıkar (Nural, 2015; Dentlinger ve Ramdin, 2015).

Konjestif Kalp Yetmezliği ve Akciğer Ödemi: Hipertansiyon ve sodyum-su tutulumuna bağlı gelişir. Konjestif kalp yetmezliği nedeni ile kalbin pompaladığı kanın venacava süperiora geri dönmesi ile boyun venlerinde dolgunluk, ellerde ve ayaklarda gode bırakan ödem, perikardiyal effüzyon görülür (Sezen, 2015; Dentlinger ve Ramdin, 2015).

Perikardit: Üre toksinlerinin perikart zarını tahriş etmesi sonucu gelişir. Perikarditte; sürtünme sesi, göğüs ağrısı ve ateş görülebilir (Yenicesu, 2018; Dentlinger ve Ramdin, 2015; Ovayolu, 2017).

Disritmi: Hiperpotasemi, hipokalsemi nedeni ile görülür (Erek, 2005; Dentlinger ve Ramdin, 2015; Ovayolu, 2017).

Solunum Sistemi

Metabolik asidozu kompanse etmek için kusmual solunum görülür. Dispne, akciğer ödemi, üremik plörezi, plevral effüzyon ve solunum sistemi enfeksiyonları görülür. Balgam koyu renkli ve yapışkandır. Üremik akciğer ya da üremik pnömoni, KBY'ye ilişkin hastalara özgü tipik bir röntgen bulgusudur (Sezen,2015; Dentlinger ve Ramdin, 2015; Ovayolu, 2017).

Gastrointestinal Sistem

Kanda üre miktarının yükselmesine bağlı ağızda üremi kokusu, ağız mukoz membranlarında kuruluk, kırmızı ülseratif lezyonlar, iştahsızlık, bulantı, kusma görülür. Fazla miktarda üre diyafragmayı tahriş ederek firenik siniri uyarır ve hıçkırık görülür.

Hiperpotasemi ve kalsiyum metabolizmasındaki değişim ise diyareye sebep olur (Yenicesu,2008; Sezen, 2015; Dentlinger ve Ramdin, 2015; Ovayolu, 2017).

Nörolojik Sistem

Nörolojik belirtilerin nedenleri tam olarak bilinmemekle beraber; nitrojen yıkım ürünlerinin artması, elektrolit dengesizlikleri, metabolik asidoz, aksonlardaki atrofi ve sinir hücrelerindeki demiyelizasyonun neden olduğu düşünölmektedir. Ürenin beyine toksik etki yapmasından dolayı; apati, letarji, konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk, mental yetilerde azalma, konvülsiyonlar, kişilik değişiklikleri, oryantasyon bozukluğu, halüsinasyonlar, konuşma bozuklukları, yürüme bozuklukları, kısmen bilinç kaybı, flapping tremor, baş ağrısı, kramp ve koma görölmektedir. Periferal nöropati, huzursuz bacak sendromuna neden olmaktadır (Sezen, 2015; Dentlinger ve Ramdin, 2015; Ovayolu, 2017).

Kas-İskelet sistemi

Böbrek yetersizliğinde, böbrek işlevlerinin kaybı nedeni ile aktif D vitamini ve kalsiyum Emilimi bozulur ve serum kalsiyum düzeyi düşer. Bunun sonucunda ise paratroid hormonunun salınımı arttığından kemiklerden kalsiyum ve fosfat Emilimi olur. Bu durum serum kalsiyum ve fosfatın artmasına ve doku kalsifikasyonlarına neden olur (Nural, 2015; Dentlinger ve Ramdin, 2015; Ovayolu, 2017).

Deri

Deri üzerinde üre ve üre kristallerinin birikmesi nedeni ile deri sarı- kahverengi renktedir. Ekimoz, purpura, tırnakların ince ve kolay kırılması, saçların incilmesi ve deride kaşıntı göröür (Sezen, 2015; Dentlinger ve Ramdin, 2015; Ovayolu, 2017).

Üreme Sistemi

Ovulasyon ve menstrasyon değişiklikleri göröür. Erkeklerde testesteron sekresyonu ve sperm sayısında azalma olurken; her iki cinstede infertilite ve libidoda azalma göröülebilir (Sezen, 2015; Dentlinger ve Ramdin, 2015; Ovayolu, 2017).

Endokrin Sistem

T4'ün katabolik bir hormon olan T3'e dönüşümü bozulmuştur. Bu nedenle hipotroidizm görülebilir (Yenicesu, 2008; Sezen, 2015; Ovayolu, 2017).

Psikososyal Değişiklikler

Kişilik ve davranış değişiklikleri, duygusal değişiklikler, kendini soyutlama ve depresyon görülebilir. Ödem, fistül, kateter, beden imajında bozulmaya neden olarak hastada anksiyeteye yol açabilir. Hastalar aile içi rollerinde değişiklik yaşayabilirler. İşe dönüşte ve maddi durumlarında sıkıntılar yaşayabilir (Çam ve ark., 2014).

2.1.6. Renal Replasman Tedavileri

Hastalığın başlangıcında sadece ilaç ve diyet tedavisi yeterli olsa da en son evrede hastalar, hastalığın kötü gidişatını durdurmak veya azaltmak, yaşamlarını devam ettirebilmek için ek olarak diyaliz tedavisi çeşitlerine gereksinim duymaktadırlar (Süleymanlar, 2007). Böbrek yetmezliği gelişen hastaların yaşamını sürdürebilmesi için hemodiyaliz, periton diyalizi veya böbrek transplantasyonu tedavilerinden birinin uygulanması gerekmektedir. Bu tedavilerin amacı, hastaların yaşam sürelerinin uzatmakla beraber yaşam standartlarının da en yüksek düzeyde tutulmasını sağlamaktır (Ovayolu, 2017).

Toplam 74.475 hastanın RRT aldığı ve RRT alan hastaların sayısında artış eğiliminin devam ettiği tespit edilmiştir. En sık uygulanan renal replasman tedavileri sırasıyla hemodiyaliz (%76,1), renal transplantasyon (%19,2) ve periton diyalizi (%4,7) dir (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2016).

Hemodiyaliz (HD)

HD, yarı geçirgen bir membran aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasındaki sıvı-solüt değişimidir. Amaç, hastanın kanındaki toksik maddelerle birlikte uygun sıvı elektrolit değişimini sağlamaktır (Sezen, 2015; Yürügen, 2015).

T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği'nin 2016 yılında yayınlamış oldukları ortak rapora göre; toplam HD hasta sayısı 56.687 olup, yıllık artış eğilimi devam etmektedir. HD popülasyonununun %40'dan fazlasının yaşlı hastalardan oluştuğu

dikkat çekmektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2016).

HD tedavisi, KBY, semptomatik üremi, sıvı yüklemesi, klinik olarak önemli organ ödemi, intoksikasyonlar, metabolik asidoz, tedaviye dirençli hiponatremi, kreatinin düzeyinin 12 mg/dl üzerinde olması, karaciğer yetmezliği, konjestif kalp yetmezliği, sepsis ve çoklu organ yetmezliklerinde endikedir. Tromboze santral ven, ciddi anjina, hipotansif kalp yetmezliği, aktif diyabetik retinopati gibi durumlarda ise kontrendikedir (Yürügen ve Kahraman, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2016).

Periton Diyalizi (PD)

PD, periton membranında bulunan kapillerdeki kan ve periton boşluğundaki diyaliz sıvısı arasındaki solüt ve su transportudur. Periton, karın içerisinde periton boşluğunu sınırlayan seröz bir zarıdır. Vücut yüzey alanına eşit olduğu kabul edilir, bebeklerde iki kat daha fazla bir alana sahiptir. Periton zarının farklı büyüklükte yarı geçirgen porları mevcuttur. PD sırasında üç farklı boyuttaki porlar yardımı ile su ve solüt transportu gerçekleşmektedir (Sezen, 2014; Gökdoğan, 2015).

T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği'nin 2016 yılında yayınlamış oldukları ortak rapora göre; toplam PD hasta sayısı 3508 olup, hasta sayısında son yıllarda gözlenen azalmanın devam ettiği görülmektedir. Yeni hasta alımında beklenen artışın olmaması önemli bir faktör olarak görülmektedir, bu da kısmen transplantasyon sayısındaki artışa bağlı olabileceği düşünülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2016).

PD temelde; sürekli ayaktan priton diyalizi (SAPD) ve aletli periton diyalizi (APD) olmak üzere ikiye ayrılır (Aydın, 2015).

SAPD: Manuel olarak gerçekleştirilen bir diyaliz yöntemidir. Belirli aralıklarla tekrarlanan drenaj, dolum, bekletme aşamalarından oluşur. Bu işlem günde 3-5 kez hastanın ihtiyaç durumuna göre tekrarlanır (Sezen, 2014; Aydın, 2015).

APD: Periton diyalizinin infüzyon, bekletme ve drenajının mekanik bir aygıt kullanılarak yapılmasıdır. Bu tedavi bireysel hasta gereksinimlerine veya yaşam tarzına uyarlanabilen bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi yönteminde, hastanın genel durumuna göre tedavi seçenekleri belirlenebilir. Hastanın iş veya sosyal hayatına olumlu katkı

sağladığı için hasta daha az endişeli ve psikososyal açıdan kendini mutlu hisseder. Hasta gereksinimlerine göre ayarlanabilir, gece tek bağlantı olduğu için kateter ile ilgili komplikasyonları azaltır (Sezen, 2014; Aydın, 2015).

PD, akut divertikülit, akut inflamatuvar bağırsak hastalığı, karın içi abseler, kolostomi, ileostomi, gebelik, aktif depresyon, psikoz, mental gerilik malnütrisyon durumlarında kontrendikedir (Sezen, 2014; Aydın, 2015).

Renal Transplantasyon (TX)

Böbrek transplantasyonu son dönem böbrek yetmezliği tedavisinde en tatminkâr yaklaşımdır ancak HD ya da PD, transplantasyondan önce, transplantasyon sonrasında veya sonrasında sıklıkla gerekir (Andreoli ve ark., 2002).

Ülkemizde yıllar içinde yapılan böbrek nakli sayısı giderek artmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2016 yılında 3416 hastaya böbrek nakli yapılmıştır. Olguların 20-44 yaş aralığında yoğunlaştığı dikkat çekmektedir. Yapılan nakillerin %77,2'si canlı vericilerden yapıldığı bildirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2016).

TX, hipertansif böbrek yetmezliği, diyabetes mellitusa bağlı KBY ve glomerulonefrite bağlı KBY durumlarında endikedir. Böbrek tutulumu, destekleyici tedavi ile yaşamın sürdürülmesi, donör dokusuna sentizasyon, aktif glomerulonefrit, aktif infeksiyon, majör ekstrarenal komplikasyonlar, malignite, tedavi edilmemiş ciddi koroner hastalık, ağır psikiyatrik bozukluklar ve madde bağımlılığında ise kontrendikedir (Koşar, 2006). Bu gibi durumlarda organ nakli yerine mümkün ise diyaliz tedavisinin sürdürülmesi önerilir (Sezen, 2015).

2.2. Hemodiyaliz Hastalarında Psikososyal Sorunlar

KBY, medikal yönünün yanı sıra hastaların sosyal, ekonomik ve psikolojik durumlarını da etkilemektedir. Bu yüzden KBY'nin tedavisi ve önleyici girişimleri multidisipliner olmalıdır (Sezen,2015). HD hastalarına bakım veren sağlık profesyonellerinin; hastaları çok iyi tanınması, hastalarındaki psikososyal sorunları fark edebilmesi, hasta ve ailesine tedavi süresi boyunca holistik bir yaklaşım ile yaklaşması gerekmektedir (Başaran ve ark., 2016).

HD tedavisi, hastaların yaşamını kurtarmakla birlikte, normal yaşam düzenini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde kısıtlamaktadır (Okanlı ve ark.2008). Hastaların

haftanın belirli günlerinde makineye ve tedavi ekibine bağımlı hale gelmesi, ilaç ve diyet tedavisi, iş yaşamındaki değişiklikler, aile içi rollerinin değişimi, ekonomik güçlükler, cinsel işlevlerindeki bozukluklar, toplumsal yaşamda kısıtlanma ve yaşamı sürdürme endişesi gibi sorunlarla karşılaşabilmektedirler (Bahar ve ark., 2007).

HD hastaların tepkileri 5 dönemden geçer (Abram, 1979).

1. Üremik Dönem: Henüz diyalize başlanmamıştır. KBY tanısının konulması ile umutsuzluk, ölüm korkusu, halsizlik vb. görülür.

2. Anksiyete Dönemi (Diyaliz başlangıcı): Hastaların tedaviye yönelik endişeler yaşadığı dönemdir.

3. Balayı Dönemi (Diyalizde ilk üç hafta): Semptomların gerilemesiyle birlikte hastanın kendini daha iyi hissettiği, apatinin azaldığı, öfori yaşanan dönemdir.

4. Depresyon Dönemi: Hastanın 8-9 diyalizden sonra içinde olduğu durumun farkına vardığı dönemdir. Tedaviye uyum güçlükleri ve depresyonun sık görüldüğü bu dönem genellikle 3-12 ay sürmektedir.

5. Uyum Dönemi: Bu dönemde ise hasta diyaliz makinesine alışmıştır ve normal yaşantısına geri dönmeye çalışmaktadır. İleriye dönük plan ve beklentiler vardır.

HD hastalarında en sık görülen ruhsal probemler; depresyon, anksiyete, yalnızlık, bağımsızlığını kaybetme kaygısı, öfke, stres ve umutsuzluktur (Özcan ve ark., 2000; Çelik ve Acar, 2007; Bahar ve ark., 2007; Kızılcık, 2009; Üstüner ve ark., 2009; Oktay, 2011; El Filali ve ark., 2017; Ravaghi ve ark., 2017).

Diyaliz hastalarında, depresyon ve anksiyete daha fazla görülmektedir. Bunların gerek yatarak ya da ayakta tedavileri, gerekse aramızda yaşayan insanlardaki birlikte bulunma prevelansının belirlenmesi, birlikte bulduklarında hasta üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi hem klinik hem de akademik yönden önemlidir (Kocabaşoğlu ve ark., 2004)

Depresyon, hasta bireyin böbrek fonksiyonlarının, fiziksel yeteneklerinin, cinsel fonksiyonlarının, iş, aile ve toplum hayatındaki rolünün kaybedilmesine bağlı görülebilir. Depresyonun semptomları, umutsuzluk, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştahsızlık ya da çok yeme, ağrı, konsantrasyonda bozulma, intihar düşünceleri, işe yaramazlık vb duygulardır (Levy ve ark., 2002). Anksiyete, gerçek bir neden yokken ya da nedeni olsa bile durumla uygunsuz, aşırı, denetlenemeyen endişe olarak tanımlanabilir. Çoğu zaman kişi endişelerinin aşırı olduğunu farkındadır, ancak

endişelenmelerini denetleyemez. Yorgunluk, dikkat bozukluğu ve konsantrasyon güçlüğü, uyku problemleri önemli belirtileridir (Türkiye Psikiyatri Derneği, 2018). Diyaliz hastalarında, diyaliz makinesine bağımlılık, otonomilerinin sınırlanması, sağlıklarını, fiziksel güçlerini, seksüel yeteneklerini, aile içi rollerini, çalışabilme yeteneklerini kaybetme korkusu, depresyon ve anksiyete düzeylerini önemli derecede etkilemektedir (Çelik ve Acar, 2007).

2.3. Hemodiyaliz ve Umutsuzluk İlişkisi

İnsan yaşamı için fazlaca önemli, günlük hayatta sıklıkla kullandığımız fakat açıklanması da bir o kadar zor kavramlardan olan umut, zorluklarla baş edebilme ve kederi üstünden atabilmede insana güç veren bir etken olarak algılanmaktadır. Ancak hastalıklar bireyin denge ve uyumuna zarar vererek, geleceğe ilişkin umut ve beklentilerini etkileyebilmektedir (Doğan ve Kelleci 2004). TDK umudu “olması beklenen veya olacağı düşünülen şey” olarak tanımlamıştır. (TDK, 2018).

HD hastalarında sıklıkla karşımıza çıkan ve umudun karşıtı olan umutsuzluk ise TDK tarafından “umutsuz olma, ümitsizlik, meyusiyet” olarak tanımlanan, bireyin sağlığını olumsuz yönde etkileyen aynı zamanda depresyon ya da intihar gibi ruhsal sıkıntılara sebep olabilecek bir duygudur (Özmen ve ark., 2008; TDK, 2018).

Umutsuzluk, geleceğe yönelik negatif beklentileri ifade etmektedir. Geleceğe yönelik olumsuz olmak, hedeflerine ulaşamayacağını düşünmek ya da sorunların hiçbir zaman çözülemeyeceğine inanmak umutsuzluğun göstergelerindedir. Umutsuzluğa neden olabilecek durumlar arasında; uzun süreli strese maruz kalmak, hastalıklar, yalnızlık, terk edilme, Tanrı’ya ya da geleneksel değerlere olan inançların kaybedilmesi gibi durumlar yer almaktadır (Öz, 2010).

HD tedavisi alan hastalarda, organik rahatsızlıkların beraberinde ruhsal ve sosyal problemlerinde eşlik ettiği görülmektedir. Özellikle ekonomik ve sosyal ilişkilerde kayıpların yaşanması, fiziksel kısıtlamaların ortaya çıkması, bedenen işlev kaybı ve beden imgesinin bozulması, ailesine ve sağlık çalışanlarına bağımlılığın artması, ölüm korkusu, rol değişimleri gibi birçok faktör bu problemlerden sayılabilir (Küçük, 2005). Uzun süreli strese, izolasyona, olumsuz duygulara sebep olan bu durumlar, muhtemel ölüm beklentisi ve gelecekle ilgili hayallerin gerçekleşmemesi de umutsuzluğa sebep olabilmektedir (Öz, 2010).

Umutsuzluk, hastaların tedaviye uyumlarını, çaba göstermelerini, motivasyonlarını, baş etmelerini etkilemesi ve bir depresyon belirtisi olması açısından, hemşirelik bakımı için önemli konulardan birisidir. Hemşire umutsuzluk yaşayan bireye bakım verirken hastanın özelliklerini, kişisel niteliklerini, içsel ve dışsal kaynaklarını, umut kaynaklarını tanımlamalı ve girişimlerini bunlara göre planlamalıdır (Doğan ve Kelleci, 2004).

2.4. Hemodiyaliz ve Maneviyat İlişkisi

Maneviyat, bireyin kendisi ve çevresindekiler ile olan iletişimini, yaşamını, evrendeki yerini, hayatı anlama ve kabul etme çabası olup, bugüne kadar kazanmış olduğu bilgilerin sonucudur (Çetinkaya ve ark., 2007). Maneviyat insanların kendilerini anlamasına, kendileri ile başkalarını karşılaştırmalarına ve kendilerine olan saygılarını korumalarına olanak sağlar. İnsanlara sorunları ile başa çıkmaları için umut, güç, rahatlama ve huzur verirken aynı zamanda; hastalıkları önleme ve sağlıklarının daha iyi olmasını sağlama, acıyı, ağrıyı azaltma, kişilerin hastalıklarını kabullenmesini kolaylaştırma, stres ve depresyonu azaltma ve bunlarla baş etme, yaşam kalitesini arttırma, bireylerin sosyal sorumluluk üstlenmelerini sağlama, bireylerin kişisel değerlerini ve dünya görüşünü değiştirmesi açısından yararlı olur ve birçok konuda bireylere fayda sağlar (Ardıç ve Boztilki, 2017). Maneviyatın sağlıkla ilişkisi incelendiğinde; hastalıkları önleme, sağlığı geliştirme, hastalıktan kurtulma veya bireylerin hastalıklarla, güçlüklerle baş etmesinde yarar sağladığı saptanmıştır (Seyyar, 2010). Betty Neuman sistem modeline göre her birey beş değişkenden etkilenir ve bunlardan biri de maneviyattır (Greco ve ark., 2016).

Maneviyat, bireylerin zorluklarla başa çıkmalarına, hastalıklarını kabul etmelerine ve gelecek için planlar yapmalarına yardımcı olur. Bu nedenle hemşirelik bakımı, hasta bireye özgü olmalı ve bireylerin manevi gereksinimlerini de kapsamalıdır (Ardıç ve Boztilki, 2017).

2.5. Umutsuzluk ve Maneviyat İlişkisi

Maneviyatın sağlık literatüründe farklı tanımları vardır. Bunlardan bazıları; manevi bir oluş, daha yüce bir güç, enerji veya kendinden daha büyük gerçekliği olan Tanrı ile ilişkide olma, inanç ile ilgisi olmayan ama daha yüce hissetmeni sağlayan bağlılık veya geçiş, maddesel dünyanın var olmadığı varolusluk, yaşamdaki anlam ve

amacı araştırma, fiziksel olmayan yollarla (dua, meditasyon, dini inançlar gibi) iyileşme, iç huzur ve iyi oluş duygusudur. Maneviyat, kişisel olarak Tanrı ya da daha yüce bir güçle bağlılık duygusunu somutlaştırır ve inançtan daha büyük bir durum olarak düşünülür (Levine ve Targh, 2002; Delgado, 2005; Chochinov, 2006). Maneviyat, geniş kapsamlı olarak formal dini yapıların dışında da yaşanmaktadır. Maneviyatı sadece dini inançla sınırlandırmamak gerekir. Maneviyatın bu açıdan değerlendirildiğinde daha sosyal ve geleneksel olan dine karşı daha kişisel ve öznel olduğu söylenebilir. Maneviyat, bireyin aktif bir şekilde kendi içsel değerlerine yatırım yapması olarak değerlendirilir. Bu durum onun anlamlı, bütün ve diğer insanlarla anlamlı ilişkiler kurma hissini güçlendirir (Walsh, 2009).

Maslow' a göre, “İnsan nasıl gün ışığına, kalsiyuma ya da sevgiye gereksinim duyuyorsa, aynı şekilde, anlayacağı ve o doğrultuda yaşayacağı bir değerler düzenine, yaşam felsefesine, dine ya da onun yerini tutan bir başka şeye gereksinim duyar” (Maslow, 2001). Manevi gereksinimler, insanın sadece “inanılması ve sadık olunması” öğütlediği için değil; doğru ve gerçek olduğu için inanabileceği kendini adayabileceği değerler olduğuna ve insanın kendisini gerçekleştirmesini sağlayan temel gereksinimler hiyerarşisi modelinde görülmektedir (Maslow, 2001).

Yaşamı tehdit eden hastalıklar sıklıkla manevi distress oluşturur. Hastalık durumunda hastalar genellikle, “Neden ben? Bunu hak edecek ne yaptım? Tanrı beni cezalandırıyor mu? Ben kaybolduktan sonra ailem nasıl yaşayacak? Özlenecek miyim? Hatırlanacak mıyım? Hayattayken işlerimi halletmek için yeterli zamanım olacak mı?” gibi soruları kendilerine sorarlar (Büssing ve ark., 2005). Maneviyat kronik hastalık gibi durumlarda umutlu olmak için bir çıkış kapısı olarak algılanmaktadır (Greenstreet, 2006). Manevi değerlere sahip olan hastalar, hastalıkları, yaşam stresleri ile baş etmede ve iyileşme süreçlerinde inançlarından faydalanabilirler. Hasta bireyler bir taraftan tıbbın olanaklarından faydalanırken diğer bir taraftan da manevi ve inancıyla hayatını tehdit eden bu durumla umut bulmaya çalışır (Aştı ve ark., 2005).

Literatürde hemodiyaliz hastaları ve aileleri, bu durumlarda iyimser bir bakış açısı sağlamak için temel bir kaynak olarak maneviyata veya dine yöneldiği bildirilmektedir (Çetinkaya ve ark., 2008; Hiçdrumaz ve Öz, 2009; Ferrer ve ark., 2012).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 15.07.2017-15.05.2018 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (OMÜ SUVAM) HD Ünitesi'nde ve aynı kuruma bağlı Şehir Sağlık Merkezi HD Ünitesi'nde ve Nefroloji Servisi'nde toplanmıştır. OMÜ SUVAM Türkiye'nin kuzeyinde, Orta Karadeniz Bölgesi'ndeki en büyük ve en gelişmiş üniversite araştırma hastanesi olup; Samsun ve çevre illerdeki nefroloji hastalarının büyük bir kısmına hizmet vermektedir. OMÜ SUVAM Hemodiyaliz Ünitesi, 4 hekim, 10 diyaliz hemşiresi, 2 diyaliz teknikeri, 11 yatak ile hizmet vermektedir. Nefroloji Servisi, 5 hekim, 14 diyaliz hemşiresi, ve 23 yatak ile hizmet vermektedir. OMÜ SUVAM Şehir Sağlık Merkezi ise 2 hekim, 7 diyaliz hemşiresi, 25 yatak ile haftada 6 gün hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini OMÜ SUVAM HD ünitesi, Nefroloji servisi ve Şehir Sağlık Merkezi HD ünitesinde tedavi görmekte olan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise 15.07.2017-15.05.2018 tarihleri arasında, ilgili kurumlardaki araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan ve çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden 100 hemodiyaliz hastası oluşturmaktadır. G. Power Version 3.1 istatistik analiz programında % 95 güven aralığı ve 0.90 güç oranıyla, örneklemin minimum 70 katılımcıdan oluşması gerektiği saptanmıştır. Örneklemden çıkarılma kriterlerine bağlı olarak, katılımcı sayısının azalabileceği olasılığı sebebiyle güç oranında azalmanın önlenmesi için örneklemin 100 katılımcıdan oluşmasına karar verilmiştir. Bu nedenle toplam örneklem sayısı 100 olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri;

- Sözel iletişim engeli olmama,
- 18 yaş ve üzerinde olma,
- En az 1 yıldır hemodiyaliz tedavisi alma,
- Herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olma,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etme biçiminde belirlenmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Verilerin Toplanma Şekli ve Süresi

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtıcı bilgi formu, Manevi Yönelim Ölçeği (MYÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya katılan hastalara araştırma hakkında bilgi verilip, bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra hastalara, hasta tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler hemodiyaliz tedavisi sırasında uygulanmıştır. Anket formları araştırmacı gözetiminde doldurulmuştur. Veri toplama süresi yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmüştür.

3.4.2. Veri Toplama Araçları

Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin bilgilerini içeren toplam 18 sorudan oluşmaktadır.

Manevi Yönelim Ölçeği (MYÖ)

MYÖ, Kasapoğlu tarafından 2015 yılında anket formunun uygulandığı bireylerin manevi yönelimlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda 16 maddeden ve tek boyuttan oluşan bir ölçek elde edilmiştir. 7’li likert tipi olarak hazırlanan ölçekten alınabilecek en düşük puan 16, en yüksek puan ise 112’dir. Toplam puan manevi yönelimin yüksekliğini ifade etmektedir. Bu araştırmada Manevi Yönelim Ölçeği Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,95 ile yüksek derecede güvenilir bulunmuştur.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Özgün adı Hopelessness Scale olan BUÖ, Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında bireylerin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 1991 yılında Seber, 1994 yılında Durak tarafından yapılmıştır. Ölçek; gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler (1, 3, 7, 11, 18), motivasyon kaybı (2, 4, 9, 12, 14, 16, 17, 20) ve umut (5, 6, 8, 10, 13, 15, 19) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek “Doğru” ve “Yanlış” olarak ifade edilen toplam 20 madde içermektedir. Bu maddelerin 11 tanesinde (2, 4, 7, 9,11, 12, 14,16, 17, 18 ve 2) “Doğru” seçeneği, 9 tanesinde (3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19) “Yanlış” seçeneği 1 puan almaktadır. Bunların aksi verilen cevaplar ise 0 puandır. 20 puan

üzerinden değerlendirilen ölçekte bireylerin aldıkları puanlar yükseldikçe umutsuzluk düzeyi de yükselmektedir. Bu çalışmada BUÖ Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,86; gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,64; motivasyon kaybı alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,68; umut alt boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,71 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini Manevi Yönelim Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları oluşturmaktadır.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini ise yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, manevi durum ve umut durumu düzeyi vb. gibi sosyo-demografik özellikler; tanı alma, hemodiyaliz süresi ve başka kronik hastalık varlığı gibi klinik özellikler oluşturmaktadır.

3.6. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) V23 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Spearman korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Güvenirlik analizi çalışmaları Cronbach Alfa ile incelenmiştir. Nicel veriler ortanca (minimum-maksimum) şeklinde sunulurken, nitel veriler ise frekans (yüzde) şeklinde sunulmuştur. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırma OMÜ SUVAM ve buraya bağlı Şehir Sağlık Merkezi'nde tedavi gören hemodiyaliz hastaları ile sınırlandırılmıştır. Genellenemez.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul (14.07.2017/Sayı: B.30. ODM.0.20.08./1059) onayı alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-4). Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı OMÜ SUVAM'dan yazılı (07.08.2017/Sayı:15374210-757.01-E.19029) (EK-5) ve araştırma kapsamına alınan hastalardan da sözel bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Manevi Yönelim Ölçeği'nin kullanılabilmesi için ölçeği geliştiren Kasapoğlu'ndan (Ek-6), Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin kullanılabilmesi için ölçeği Türkçe'ye uyarlayan Durak'dan izin alınmıştır (Ek-7).

4.BULGULAR

Tablo 2’de hemodiyaliz hastalarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Hastaların yaş ortalamasının $56,7 \pm 14,4$ olduğu, % 26’sının 55-64 yaş grubunda, % 59’unun erkek, % 80’inin evli, % 22’sinin okur yazar, % 67’sinin emekli, % 79’unun il merkezinde yaşadığı, % 90’ının çekirdek aileye sahip olduğu, % 86’sinin çocuk sahibi olduğu, % 44’ünün eşiyle yaşadığı, % 85’inin gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir. % 53’ünün 1-5 yıl önce KBY tanısı aldığı, % 75’inin 1-5 yıldır HD tedavisi aldığı, % 63’ünün başka bir kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Tanı alma süresi ortalamasının $6,63 \pm 14,4$, HD’e başlama süresi ortalamasının $4,17 \pm 4,01$ olduğu, hastaların % 51’inin manevi durumunu, % 70’inin ise umut durumunu orta düzey olarak bildirdiği tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Hemodiyaliz hastalarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=100)

Özellikler		N	%
Yaş Grupları ($56,7 \pm 14,4$)	34 yaş ve altı	7	7
	35-44 yaş	12	12
	45-54 yaş	22	22
	55-64 yaş	26	26
	65-74 yaş	24	24
	75 yaş ve üzeri	9	9
Cinsiyet	Kadın	41	41
	Erkek	59	59
Medeni Durum	Bekar	20	20
	Evli	80	80
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	17	17
	Okur Yazar	22	22
	İlkokul	20	20
	Ortaokul	15	15
	Lise	16	16
	Üniversite	10	10
Meslek	Ev Hanımı	33	33
	Emekli	67	67

Tablo 2. Hemodiyaliz hastalarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=100) (Devam)

Özellikler		N	%
Yaşadığı Yerleşim Birimi	İl	79	79
	İlçe	21	21
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	90	90
	Geniş Aile	10	10
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	86	86
	Hayır	14	14
Birlikte Yaşanan Kişiler	Yalnız	14	14
	Eşi ile	44	44
	Eşi ve çocukları ile	36	36
	Anne ve baba ile	6	6
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	10	10
	Gelir gidere denk	85	85
	Gelir giderden fazla	5	5
Tanı Alma Süresi (6,63 ± 5,16)	1-5 yıl	53	53
	6-10 yıl	28	28
	11-15 yıl	11	11
	16 yıl ve üzeri	8	8
Hemodiyalize başlama süresi (4,17 ± 4,01)	1-5 yıl	75	75
	6-10 yıl	18	18
	11-15 yıl	3	3
	16 yıl ve üzeri	4	4
Başka Kronik Hastalık Varlığı	Var	63	63
	Yok	37	37
Algılanan Manevi Durum Düzeyi	Güçlü	43	43
	Orta	51	51
	Zayıf	6	6
Algılanan Umut Durumu Düzeyi	Güçlü	26	26
	Orta	70	70
	Zayıf	4	4

Tablo 3’de MYÖ ve BUÖ toplam puan ile alt boyutlarının toplam puan ortalamaları verilmiştir. Bu araştırmada MYÖ toplam puan ortalaması 99,57±15,51 olarak saptanmıştır. BUÖ’ye ait gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutu toplam puan ortalaması 1,2±1,29 iken motivasyon kaybı alt boyutu toplam puan

ortalaması $2,56 \pm 1,89$ ve umut alt boyutu toplam puan ortalaması $1,91 \pm 1,82$ olarak belirlenmiştir. BUÖ toplam puan ortalaması ise $5,68 \pm 4,43$ olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. MYÖ ve BUÖ toplam puan ile alt boyutlarının toplam puan ortalamaları

Ölçek ve Alt Boyutları	Ölçekten Alınabilecek Min-Mak	$\bar{x} \pm SS$
MYÖ Toplam Puanı	16-112	$99,57 \pm 15,51$
Gelecek ile İlgili Duygular ve Beklentiler	0-5	$1,21 \pm 1,29$
Motivasyon Kaybı	0-8	$2,56 \pm 1,89$
Umut	0-7	$1,91 \pm 1,82$
BUÖ Toplam Puanı	0-20	$5,68 \pm 4,43$

* \bar{x} : Aritmetik Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Tablo 4’ te bazı değişkenlere göre MYÖ ortanca puan değerleri verilmiştir. Buna göre MYÖ toplam puan değerlerinin yaş gruplarına göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0,05$). Cinsiyetin MYÖ ortanca puan değerini etkilediği ve kadın hastaların manevi yönelim ortanca puan değerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Medeni durum değişkeni MYÖ puan değerini etkilemezken, okur yazar olmayan hastaların MYÖ puan değerinin diğer gruplardan yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Geniş aileye sahip olan ve çocuk sahibi olan bireylerin MYÖ ortanca puan değerleri diğer gruplardan yüksek bulunmuş ve aile yapısı ve çocuk sahibi olma değişkenleri ile MYÖ puan değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Birlikte yaşanan kişiler ve başka kronik hastalık varlığı değişkenleri ile MYÖ ortanca puan değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0,05$). Manevi durum düzeyini güçlü değerlendirenlerin ortanca puan değeri diğer gruplardan yüksek bulunmuş ve algılanan manevi durum düzeyi değişkeni ile MYÖ ortanca puan değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p = 0,001$). Algılanan umut durumu düzeyini güçlü bildiren hastaların MYÖ ortanca puan değeri yüksek bulunmuş ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların bazı değişkenlere göre MYÖ ortanca puan değerleri

Özellikler		MYÖ Toplam Puanı
Yaş	34 yaş ve altı	96 (63 – 110)
	35-44 yaş	103 (76 – 112)
	45-54 yaş	103,5 (87 – 112)
	55-64 yaş	107,5 (55 – 112)
	65-74 yaş	102,5(34– 112)
	75 yaş ve üzeri	106 (81– 110)
Test İstatistiği ve p		$\chi^2=7,4$ p=0,188
Cinsiyet	Kadın	107 (55-112)
	Erkek	102 (34-112)
Test İstatistiği ve p		U=905,5 p=0,003
Medeni Durum	Bekar	104,5 (63-112)
	Evlü	104,5 (34-112)
Test İstatistiği ve p		U=765,5 p=0,766
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	106 (94-112)
	Okur Yazar	103 (24-112)
	İlkokul	104,5 (87-112)
	Ortaokul	105 (37-112)
	Lise	104 (63-112)
	Üniversite	103 (70-112)
Test İstatistiği ve p		$\chi^2=0,6$ p=0,988
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	104 (34-112)
	Geniş Aile	107 (81-110)
Test İstatistiği ve p		U=384 p=0,447
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	105(34-112)
	Hayır	96,5(63-112)
Test İstatistiği ve p		U=502 p=0,319
Birlikte Yaşanan Kişiler	Yalnız	107(74-112)
	Eşi ile	103,5(34-112)
	Eşi ve Çocukları ile	105,5(66-112)
	Anne ve babası ile	96,5(63-107)
Test İstatistiği ve p		$\chi^2=4,47$ p=0.214

Tablo 4. Hastaların bazı değişkenlere göre MYÖ ortanca puan değerleri (Devam)

Özellikler		MYÖ Toplam Puanı
Başka Kronik Hastalık Varlığı	Var	103(50-112)
	Yok	105(34-112)
Test İstatistiği ve p		U=1151 p=0,920
Algılanan Manevi Durum Düzeyi	Güçlü	107(55-112)a
	Orta	102(34-112)b
	Zayıf	91(37-109)b
Test İstatistiği ve p		$\chi^2=16,8$ p<0,001
Algılanan Umut Durumu Düzeyi	Güçlü	107(34-112)
	Orta	103,5(37-112)
	Zayıf	99,5(63-107)
Test İstatistiği ve p		$\chi^2=4,1$ p=0,126

*Ortanca (min-mak), U: Mann Whitney U test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 5'te bazı değişkenlere göre BUÖ ile alt boyutlarının ortanca puan değerleri verilmiştir. Buna göre, yaş gruplarına göre BUÖ toplam puanı ile alt boyutları toplam puanlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05). Cinsiyete göre gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler ortanca puan değerleri istatistiksel olarak farklılık göstermezken (p>0,05); motivasyon kaybı ve umut alt boyutu ortanca puan değerleri ve ölçek toplam puan değeri farklılık göstermektedir (p=0,05). Medeni durumu, eğitim durumu, aile yapısı, çocuk sahibi olma durumu ve birlikte yaşanan kişiler değişkenleri ile gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler, motivasyon kaybı, umut alt boyutları ve BUÖ toplam ortanca puan değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Başka kronik hastalık varlığı değişkeni ile gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler, umut ve BUÖ toplam ortanca puan değerleri istatistiksel olarak farklılık göstermezken (p>0,05); motivasyon kaybı ortanca puan değeri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Algılanan manevi durum düzeyini zayıf olarak bildiren hastaların BUÖ ve alt boyut ortanca puan değeri en yüksek olan grubu oluşturduğu ve algılanan manevi durum düzeyi ile BUÖ ve alt boyut ortanca puan değeri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0,05). Algılanan umut durumu düzeyi ile BUÖ

toplam ve alt boyut ortanca puan değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,05$). Umut durumu düzeyini zayıf bildiren hastalar BUÖ ve alt boyutlarından en yüksek ortanca puan değerini alan grubu oluşturmuşlardır (Tablo 5).



Tablo 5. Hastaların bazı değişkenlere göre BUÖ ile alt boyutları ortanca puan değerleri

Özellikler		Gelecek ile İlgili Duygular ve Beklentiler	Motivasyon Kaybı	Umut	BUÖ Toplam
Yaş	34 yaş ve altı	1 (0 –5)	3 (1 –8)	2 (1 –6)	5 (2 –19)
	35-44 yaş	1 (0 –5)	2 (0 –7)	1,5 (0 –6)	4,5 (0 –18)
	45-54 yaş	1 (0 – 3)	2 (0 – 6)	1 (0 – 5)	3 (0 – 14)
	55-64 yaş	1,5 (0 –4)	2 (0 –7)	2 (0 –5)	5,5 (0 –16)
	65-74 yaş	1 (0 –5)	3 (0 –7)	1 (0 –6)	5 (1–18)
	75 yaş ve üzeri	1 (0 –2)	2 (2 –4)	2 (1 –6)	6 (3 –11)
Test İstatistiği ve p		$\chi^2=3,6$ p=0,602	$\chi^2=8,1$ p=0,147	$\chi^2=5,5$ p=0,355	$\chi^2=5,5$ p=0,352
Cinsiyet	Kadın	1 (0 – 4)	2 (0 – 6)	1 (0 – 6)	3 (0 –1 4)
	Erkek	1 (0 – 5)	2 (0 – 8)	2 (0 – 6)	6 (0 – 19)
Test İstatistiği ve p		U=999 p=0,123	U=836 p=0,008	U=899,5 p=0,026	U=824 p=0,007
Medeni Durum	Bekar	1 (0 – 5)	2 (0 – 8)	2 (0 – 6)	5 (0 – 19)
	Evli	1 (0 – 5)	2 (0 – 7)	1 (0 – 6)	5 (0 – 18)
Test İstatistiği ve p		U=769,5 p=0,784	U=761 p=0,732	U=644,5 p=0,170	U=739 p=0,598

Tablo 5. Hastaların bazı değişkenlere göre BUÖ ile alt boyutları ortanca puan değerleri (Devam)

Özellikler		Gelecek ile İlgili Duygular ve Beklentiler	Motivasyon Kaybı	Umut	BUÖ Toplam
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	1 (0 – 4)	2 (0 – 6)	1 (0 – 3)	5 (1 – 13)
	Okur Yazar	1 (0 – 5)	2 (0 – 7)	1 (0 – 6)	6 (1 – 18)
	İlkokul	1 (0 – 4)	3 (1 – 7)	1 (0 – 6)	6 (1 – 14)
	Ortaokul	0 (0 – 5)	2 (0 – 7)	2 (0 – 6)	4 (0 – 18)
	Lise	1 (0 – 5)	2 (0 – 8)	2 (0 – 6)	4,5 (1 – 19)
	Üniversite	0,5 (0 – 3)	2 (0 – 5)	1 (0 – 5)	4 (0 – 12)
Test İstatistiği ve p		$\chi^2=1,6$ p=0,905	$\chi^2=4,0$ p=0,556	$\chi^2=3,4$ p=0,635	$\chi^2=2,4$ p=0,792
Aile Yapısı	Çekirdek	1 (0 – 5)	2 (0 – 8)	1 (0 – 6)	5 (0 – 19)
	Geniş	0,5 (0 – 3)	2 (1 – 6)	1,5 (1 – 4)	4 (2 – 12)
Test İstatistiği ve p		U=398,5 p=0,536	U=396,5 p=0,531	U=395 p=0,512	U=437 p=0,881
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	1 (0 – 5)	2 (0 – 7)	1 (0 – 6)	5 (0 – 18)
	Hayır	1 (0 – 5)	2 (0 – 8)	1 (0 – 6)	5 (0 – 19)
Test İstatistiği ve p		U=398,5 p=0,536	U=396 p=0,531	U=395 p=0,517	U=437 p=0,881
Birlikte Yaşanan Kişiler	Yalnız	1 (0 – 5)	2 (0 – 7)	1,5 (0 – 6)	4,5 (0 – 18)a
	Eşi ile	1 (0 – 5)	2 (0 – 7)	1 (0 – 6)	5 (0 – 18)b
	Eşi ve Çocukları ile	1 (0 – 4)	2 (0 – 7)	1 (0 – 6)	5 (0 – 16)b
	Anne ve babası ile	2 (0 – 5)	3 (1 – 8)	3 (1 – 8)	8,5 (2 – 19)
Test İstatistiği ve p		$\chi^2=2,52$ p=0,471	$\chi^2=3,32$ p=0,357	$\chi^2=3,74$ p=0,290	$\chi^2=2,80$ p=0,422

Ortanca (min-mak), U: Mann Whitney U test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 5. Hastaların bazı değişkenlere göre BUÖ ile alt boyutları ortanca puan değerleri (Devam)

Özellikler		Gelecek ile İlgili Duygular ve Beklentiler	Motivasyon Kaybı	Umut	BUÖ Toplam
Başka Kronik Hastalık Varlığı	Var	1 (0 – 5)	3 (0 – 7)	2 (0 – 6)	4 (0 – 18)
	Yok	1 (0 – 5)	2 (0 – 8)	1 (0 – 6)	5 (0 – 19)
Test İstatistiği ve p		U=1061 p=0,438	U=891 p=0,046	U=1080 p=0,532	U=1043 p=0,382
Algılanan Manevi Durum Düzeyi	Güçlü	0 (0 – 4)a	2 (0 – 5)a	1 (0 – 6)a	3 (0 – 14)a
	Orta	1 (0 – 5)b	3 (0 – 7)b	2 (0 – 6)b	6 (0 – 18)b
	Zayıf	2 (0 – 5)ab	5 (3 – 8)b	3,5 (1 – 6)b	10 (4 – 19)b
Test İstatistiği ve p		$\chi^2=9,3$ p=0,010	$\chi^2=18,8$ p<0,001	$\chi^2=15,0$ p=0,001	$\chi^2=17,7$ p<0,001
Algılanan Umut Durumu Düzeyi	Güçlü	0 (0 – 2)a	1 (0 – 5)a	1 (0 – 3)a	2 (0 – 7)a
	Orta	1 (0 – 5)b	2 (0 – 7)b	2 (0 – 6)b	5,5 (0 – 18)b
	Zayıf	2,5 (0 – 5)b	5,5 (3 – 8)b	3 (1 – 6)b	9,5 (7 – 19)b
Test İstatistiği ve p		$\chi^2=12,5$ p=0,002	$\chi^2=19,4$ p<0,001	$\chi^2=13,2$ p=0,001	$\chi^2=20,3$ p<0,001

*Ortanca (min – mak), U: Mann Whitney U test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, a-b aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 6’de tanı alma süresi ve HD’ye başlama süresi ile MYÖ ile BUÖ ve alt boyutlarının toplam puanlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Bu tabloya bakıldığında; tanı alma süresi ile MYÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$). Tanı alma süresi ile BUÖ toplam puan ve motivasyon kaybı ve umut alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$).

HD’ye başlama süresine bakıldığında, MYÖ ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmezken, HD süresi ile sadece BUÖ alt boyutlarından motivasyon kaybı arasında pozitif yönlü zayıf düzey istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 6. Tanı alma süresi ve hemodiyalize başlama süresi ile MYÖ ve BUÖ puanları ilişki analizi

Ölçek ve Alt Boyutları		Tanı Alma Süresi	Hemodiyalize Başlama Süresi
MYÖ Toplam Puanı	r	0,018	-0,101
	p	0,856	0,320
Gelecek ile İlgili Duygular ve Beklentiler	r	0,150	0,074
	p	0,137	0,464
Motivasyon Kaybı	r	0,298	0,241
	p	0,003	0,016
Umut	r	0,257	0,147
	p	0,010	0,143
BUÖ Toplam Puanı	r	0,252	0,164
	p	0,011	0,104

* r:Spearman korelasyon katsayısı, $p<0,05$ önem düzeyinde anlamlı.

Tablo 7’de MYÖ ile BUÖ arasındaki ilişki analizi verilmiştir. Buna göre; MYÖ toplam puanı ile BUÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). MYÖ toplam puanı arttıkça; BUÖ toplam puanı, gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler, motivasyon kaybı, umut alt boyutları toplam puanı azalmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 7. MYÖ ile BUÖ arasındaki ilişki analizi

BUÖ Alt Boyutları ve Toplam Puanı		MYÖ Toplam Puanı
Gelecek ile İlgili Duygular ve Beklentiler	r	-0,358
	p	<0,001
Motivasyon Kaybı	r	-0,429
	p	<0,001
Umut	r	-0,262
	p	0,008
BUÖ Toplam Puanı	r	-0,385
	p	<0,001

*r:Spearman korelasyon katsayısı, $p < 0,05$ önem düzeyinde anlamlı.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada HD hastalarının MYÖ toplam puan ortalaması $99,57\pm15,51$ 'dir. Hastaların MYÖ'den alabilecekleri toplam puan 16 ile 112 arasında olduğu düşünöldüğünde araştırma kapsamındaki hastaların manevi yönelimlerinin yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 3). HD hastalarının maneviyat düzeyleri ile ilgili yapılan araştırmalarda hastaların zor zamanlarda ve hastalıklarla baş etme yöntemi olarak manevi inançlara yöneldikleri tespit edilmiştir (Ottaviani ve ark., 2014; Duran ve Güngör, 2015). Masat (2018) onkoloji hastalarında yaptığı araştırmada hastaların manevi yönelimlerinin yüksek olduğunu bildirmiştir. Yaşamı tehdit eden hastalıklar, ölüm korkusu, stres, umudun azalmaya başladığı zamanlarda manevi gereksinimler ön plana çıkmaktadır (Aştı ve Pektekin, 2005; Çetinkaya ve ark., 2007; Martinez ve Custodio, 2014; Chatrung ve ark., 2015). HD hastalarında manevi yönelimin yüksek bulunmasında benzer durumların etkisi olabileceği düşünölmektedir.

BUÖ toplam puan ortalaması $5,68\pm4,43$ 'dir. Dolayısıyla araştırma kapsamındaki hastaların umutsuzluk düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir (Tablo 3). HD hastalarında yapılan diğer araştırmalarda BUÖ toplam puanını Mollaoğlu ve arkadaşları (2016) $8,7\pm5,3$, Cengiz (2017) $13,70\pm6,82$ olarak bildirmiştir. Bu araştırmada hastaların umutsuzluklarının bu konuda yapılan diğer araştırmalardan (Mollaoğlu ve ark., 2016; Cengiz,2017) düşük olduğu saptanmıştır. Andrade ve arkadaşları (2015) HD hastalarında yaptıkları bir araştırmada hastaların umutsuz olduklarını bildirmişlerdir. Araştırmada BUÖ toplam puanının düşük olmasının sosyodemografik özellikler veya hastalığa ilişkin farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünölmektedir.

BUÖ'de en yüksek puan ortalaması motivasyon kaybı alt boyutuna aitken en düşük puan ortalamasının gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutuna ait olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Ercan'ın (2016) hemodiyaliz hastalarında yaptığı araştırmada umut alt boyutunun en düşük puan ortalamasına sahip olduğu; Kınıcı'nın (2018) kalp yetersizliği olan hastalarda yaptığı araştırmada ise motivasyon kaybının en yüksek, gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutunun en düşük puan ortalamasına sahip olduğu bildirilmiştir. Bireylerin motivasyonunu cesaretlendirmede önemli bir etken olan ve gelecek ile ilgili beklentileri ifade eden umut, hastalık durumunda karamsarlık, çaresizlik gibi duyguları önlemektedir. Umut, bireylerin

hastalık sürecindeki güçlüklerle baş edebilmesi, stresin üstesinden gelebilmesi için, motivasyon da bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumlu yönde geliştirebilmesi için etkili bir kaynaktır (Arslantaş ve ark., 2010; Marcinko, 2015). Bu araştırma da hastaların umut ve motivasyonlarını kronik hastalık ve tedavi sürecinin etkilediği düşünülmektedir.

HD hastalarının sosyodemografik değişkenlere göre MYÖ toplam puanlarına bakıldığında; yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4) ($p>0,05$). Bu konuda yapılan bazı araştırmalar yaşın ilerlemesiyle maneviyat ve dine yönelimin arttığını göstermektedir (Cruz ve ark., 2016; Pilger ve ark., 2017). Yaş ilerledikçe ölüme yaklaştığını düşünme, sosyal izolasyon gibi etkenlerden dolayı manevi yönelimin artabileceği ve önceden edinilmiş dini duygular, inançlar ve alışkanlıkların devam ettirildiği bildirilmektedir (Güngör, 2015).

Cinsiyete göre bakıldığında kadın hastaların manevi yönelimlerinin erkek hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur ve sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4) ($p<0,05$). Tanyi ve arkadaşları kadın hemodiyaliz hastalarında yaptıkları bir araştırmada hastaların, klinikte İncil ve maneviyatla ilgili kitaplara ulaşabilme, bu konuda danışmanlık alabilme, hemşire ile Tanrı hakkında konuşabilme gibi istekleri olduğunu tespit etmişlerdir (Tanyi ve ark., 2006). Böbrek yetmezliği olan hastaların hemodiyaliz öncesi ve sonrası manevi durumlarının incelendiği bir araştırmada ise kadın HD hastalarının maneviyat durumlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Cheawchanwattana ve ark., 2015). Literatürde de kadınların maneviyata daha fazla yönelimleri oldukları görülmektedir (Tanyi ve ark., 2006; Cheawchanwattana ve ark., 2015). Kadınların erkeklere göre stresli durumların üstesinden gelebilmek için maneviyat gibi rahatlatıcı uygulamaları daha çok benimseme eğiliminde oldukları saptanmıştır (Cirhinlioğlu, 2014).

Medeni durum ile MYÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Tablo 4) ($p>0,05$). HD hastalarında yapılan diğer araştırmalarda medeni durumun maneviyat üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı bildirilmiştir (Ebrahimi, 2014; Fradelos ve ark., 2017). Literatür sonuçları ile araştırma sonucumuz benzerlik göstermektedir. Eşlerden alınan destekle hayata daha olumlu bakmak, kendini psikolojik olarak iyi hissetmek manevi iyiliği olumlu yönde etkileyebilir (Gültekin, 2018). Ancak bireyin evlenmeden öncede ailesinden, sosyal

çevresinden, toplumsal değerlerinden edindiği birikim ve desteklerle de bir maneviyat çizgisi belirlemesi de olası bir sonuçtur.

Eğitim durumu ile MYÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Tablo 4) ($p>0,05$). Okur yazar olmayan hastaların manevi yönelimleri diğer gruplardan yüksek bulunmuştur. Fradelos'un (2017) böbrek yetmezliği olan hastalarda yaptığı araştırmada da eğitim seviyesi arttıkça inanç durumunun anlamlı şekilde azaldığını bildirmiştir. Literatürde eğitim durumunun maneviyat düzeyini etkilemediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (İslambay, 2014; Alrdaydeh ve Khalil, 2018). Araştırma sonucu literatür ile paralellik göstermektedir.

Aile yapısına, birlikte yaşanan kişilere ve çocuk sahibi olma durumuna göre MYÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Tablo 4) ($p>0,05$). Masat (2018) çocuk sahibi olan ve onlarla birlikte yaşayan hastalarda manevi yönelimin daha yüksek olduğunu, Uçar (2017) ise birlikte yaşama durumu ile manevi yönelim arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptadığını bildirmiştir. Aile, manevi olarak kişinin kendinden öte değerlere ulaşmasını sağlayarak kendini bulmasına imkan sağlamaktadır (Ağırbaş, 2018). Fakat modernleşme beraberinde ortaya çıkan yeni aile yapılarının ortaya çıkması ile boşanmaların artması, dayanışmanın azalması, din gibi manevi değerlerin aileyi bir araya getirci güçlerinin azalması vb. durumlar söz konusu olabilmektedir (Doğantekin, 2016). Bu durumun sonucu bu yönde etkilediği düşünülmüştür.

Başka kronik hastalık varlığına göre MYÖ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Tablo 4) ($p>0,05$). Böbrek yetmezliği olan hastalarla yapılan bir başka çalışmada ilave sağlık problemi olmayan hastaların inanç düzeyinin daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (Fradelos, 2017). Manevi iyi oluşun; hastalıklarla başa çıkmak için, güç ve umut verdiği bildirilmektedir (Mcsherry ve Ross, 2010; Brown ve Parrish, 2013; Saffari ve ark., 2013). Öte yandan hasta birey manevi yönelimin dışında aldığı sosyal destek doğrultusunda da başka baş etme stratejileri de geliştirebileceği ve sonucu bu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Algılanan manevi durum düzeylerine göre manevi durumlarını güçlü değerlendiren hastaların MYÖ toplam puanları yüksek bulunmuştur ve sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4) ($p<0,05$). Maneviyatını yüksek değerlendiren ve

manevi etkinliklere katılanların kendine güven, saygı, sevgi, merhamet, umutsuzluk gibi konularda pozitif yönde etkilendikleri saptanmıştır (Oman ve Throsen, 2005). Maneviyat düzeyi güçlü olan ve zor bir tedavi süreci geçiren HD hastalarının da bu stresli durumların üstesinden gelebilmek için daha fazla maneviyata yöneldikleri düşünülmektedir.

Algılanan umut durumu düzeyine göre MYÖ toplam puan değerinin farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 4) ($p>0,05$). Maneviyat, hayata anlam kazandırarak umudu olumlu yönde etkiler (Uysal ve Ayten, 2009). Ancak umudu etkileyen faktörler maneviyatla sınırlı değildir ve umut çok fazla bileşeni barındırmaktadır dolayısıyla sonucun bu nedenle etkilendiği düşünülmüştür.

BUÖ toplam puanı ile alt boyutları toplam puanları yaş gruplarına göre incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 5) ($p>0,05$). Araştırmamızı destekler nitelikte Tan ve arkadaşlarının (2005), hemodiyaliz hastalarında, Bahar ve arkadaşlarının (2007) ise kronik hastalığı olan bireylerde yaptıkları araştırmada da yaş ile umutsuzluk arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır. Yaşın umutsuzlukla istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildiren araştırmalarda vardır (Erdem ve ark., 2004; Ercan ve ark., 2016). Umudun bireyin yaşamına etkisi tüm gelişim sürecini etkiler ve bu doğrultuda umudu devam ettirme yeteneği, başarılı bir yaşlanma için önemlidir (Wroblewski ve Snyder, 2005). Geçmişinde üretken olabilmiş, sosyal ilişkiler kurabilmiş ve ideallerinde ulaşabilmiş bireyler benlik bütünlüğünü oluşturabilmekte ve umutlarını idame ettirebilmektedirler (Kalınkara, 2011). Bu sonucun araştırmayı bu yönde etkilediği düşünülmüştür.

Cinsiyete göre, BUÖ toplam puanı, motivasyon kaybı ve umut alt boyutu toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 5) ($p<0,005$). BUÖ ve umut alt boyutu toplam puanlarının erkek hastalarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5). Oktay (2011) ile Andrade ve arkadaşlarının (2015) araştırmasında BUÖ toplam puanının cinsiyet değişkeninden etkilenmediği bildirilmiştir. Kronik hastalık durumunda gelişen sınırlılıklarla beraber hem erkek hem de kadınların rol ve sorumluluklarında değişiklikler ve buna bağlı olarak da endişe yaşamaları umut ve motivasyonlarını etkilenebileceği bildirilmektedir (Bahar ve ark., 2007). Dolayısıyla bireylerin toplumsal cinsiyete ilişkin rollerinin etkilenme düzeyinin literatürde bu farklılıkları oluşturduğu düşünülmüştür.

Medeni duruma göre BUÖ toplam puanı ile alt boyutları toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 5) ($p>0,05$). HD hastalarında yapılan araştırmalarda da araştırmamıza benzer şekilde medeni duruma göre BUÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir (Tan ve ark., 2005; Andrade ve ark., 2015). Evlilikte sosyal destek sağlayabilecek eş, bireyin stresli durumlarında ve zorlu süreçlerinde çoğu zaman ona her anlamda yardım edebilmektedir (Özdemir, 2013). Öte yandan evliliğin gerektirdiği sorumluluklarını yerine getirememe düşüncesi veya hastalık sürecinin getirdiği cinsel problemler, ortaya çıkabilecek rol değişimlerinin, bireyin umut düzeyini etkileyebileceği düşünülmektedir.

Eğitim duruma göre, BUÖ toplam puanı ile alt boyutları toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 5) ($p>0,05$). Arat'ın (2016) araştırmasında da eğitim durumuna göre farklılık olmadığı bildirilmiştir. Yapılan başka araştırmalarda da eğitim düzeyi ve umutsuzluğun arasında anlamlı farklılık bulunduğu bildirilmiştir (Bahar ve ark., 2007; Andrade, 2015). Hastaların eğitim seviyesi arttıkça hastalık ve tedavi süreci konusunda daha araştırıcı ve sorgulayıcı bir yaklaşım ile baş etme yöntemleri geliştirebilirler. Ama hastaların bu sorgulayıcı tutumlarının umut ve motivasyonlarını olumsuz yönde de etkileyebileceği düşünülmektedir.

Aile yapısına ve birlikte yaşanan kişiler ve çocuk sahibi olma durumuna göre BUÖ toplam puanı ile alt boyutları toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 5) ($p>0,05$). Literatürde bu araştırma sonucuna benzer şekilde aile yapısı ve çocuk sahibi olma durumunun umutsuzluk düzeyi üzerine etkisi olmadığını bildiren araştırmalar bulunmaktadır (Oktay 2011; Ata, 2018) Hastaların psikososyal uyumu için; sosyal destek, özellikle aile ve arkadaşların desteği çok önemlidir (Çınar, 2009). Bu durumun aile ve çocuk değişkenlerinin umutsuzluğu önleyeceği düşünülebilir. Öte yandan bu değişkenler farklı sorumlulukları ve geleceğe yönelik kaygıları da oluşturabileceği için umutsuzluğu besleyebilecek bir etmen olarak düşünülebilir.

Başka kronik hastalık varlığı ile sadece motivasyon kaybı alt boyutu toplam puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 5) ($p<0,05$). Başka kronik hastalığı olan bireylerin motivasyon kayıplarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Ercan'ın (2016) araştırmasında da başka kronik hastalık varlığının umutsuzluğu artırdığı bildirilmektedir (Ercan,2016). Birden fazla kronik hastalık, bireyin farklı semptomlarla baş etmesi, farklı tedavilerin sürdürülmesi ve fonksiyonel sınırlılıkları oluşturabilmesi nedeniyle kişide motivasyon kaybını oluşturabileceği düşünülmektedir.

Algılanan maneviyat durumu düzeyini ve algılanan umut durumu düzeyini zayıf olarak bildiren hastaların BUÖ ve alt boyutları toplam puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Algılanan maneviyat düzeyi ve algılanan umut düzeyi ile BUÖ ve alt boyut ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Umut düzeyi yüksek bireyler, kendilerine hedefler belirler, bu hedefler doğrultusunda gerçekçi planlar yaparlar ve özgüven sahibidirler (Moulden ve Marshall, 2005). Ayrıca kendilerini daha iyi tanır, motivasyon kaynaklarını etkin biçimde kullanır ve hedefe ulaşma yolunda bu motivasyonlarını devam ettirirler (Wroblecki ve Snyder, 2005). Umut ve maneviyat birbiri ile yakından ilişkili iki kavramdır. Maneviyat yaşamı anlamlandırma olarak tanımlanmış ve kişinin sağlık sorunları ile ilgili sıkıntılarla başa çıkmak için umut etmesini sağlayan bir etkidir (Pinto ve Pais-Ribeiro, 2007). Bu nedenle algıladıkları maneviyat düzeyi ve umut düzeyi düşük olan bireylerin BUÖ ve alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu düşünülmüştür.

Tanı alma süresi ve hemodiyaliz süresi ile MYÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (Tablo 6) ($p>0,05$). Tanı alma süresi ile BUÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzey istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (Tablo 6) ($p<0,05$). HD alma süresi ise BUÖ arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir. Bu araştırma da tanı alma süresi arttıkça umutsuzluk düzeyinin anlamlı bir şekilde arttığı ve manevi yönelim düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. HD süresi ile umutsuzluk ve manevi yönelim arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır. Fredelos ve arkadaşları araştırmasında hemodiyaliz süresinin inanç düzeyini etkilemediğini bildirmiştir (Fredelos ve ark., 2018). Literatürde HD süresinin umutsuzluk durumunu etkilemediğini bildiren araştırmalar bulunmaktadır (Erdem ve ark., 2004; Arat, 2006). Hemodiyaliz hastalarında yapılan araştırmalarda hastalık süresi ve umutsuzluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (Şahin, 2007; Başaran 2016). Literatürde diyalize girme süresinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığını bildiren araştırmalar bulunmaktadır (Erdem ve ark., 2004; Şahin, 2007). HD süresinin psikolojik

dayanıklılığı etkilemediği bildirilmektedir (Dane, 2015). HD süresi arttıkça hastanın umutsuzluğa ilişkin baş etme becerilerinin geliştiği, bu nedenle manevi baş etme mekanizmaları dışında yöntemlerinden sürece dahil edildiği ve sonucun bu yönde etkilendiği düşünülmüştür. Öte yandan tanı süresinin umutsuzluk ile anlamlı düzeyde ilişkisi belirsizlik sürecinin uzamasının yarattığı anksiyete ile ilişkilendirilmiştir.

Bu araştırmada MYÖ toplam puanı arttıkça, BUÖ toplam puanı ile gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler, motivasyon kaybı ve umut alt boyutu toplam puanlarının azaldığı saptanmıştır (Tablo 7). Bu manevi yönelim arttıkça umutsuzluk düzeyinin azaldığı şeklinde yorumlanmaktadır. Ottaviani ve arkadaşları (2014) HD hastalarında yapmış oldukları araştırmalarında umut ve maneviyat arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Craig ve arkadaşları (2006) kırsal kesimde yaşayan kronik hastalığı olan bireylerin umut düzeylerinin yüksek olmasında maneviyatın etkisi olabileceğini, Lucchetti ve arkadaşları (2010) maneviyatın diyaliz hastaları için son derece önemli olduğunu bildirmiştir. Kanseri hastalarla yapılan bir çalışmada hastalarının % 93'ünün manevi baş etme sonucunda umutlarını sürdürdükleri belirtilmiştir (Culliford, 2002). Literatürde bu araştırma sonucuna benzer şekilde maneviyatın umudu desteklediği, dolayısıyla umutsuzluk ile baş etme de önemli olduğu vurgulanmaktadır (Craig ve ark., 2006; Lucchetti ve ark., 2010; Ottaviani ve ark., 2014). Zorlu tedavi süresince umutsuzluk yaşayabilen HD hastalarının bu süreçte maneviyata yönelmiş oldukları düşünülmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

- Araştırmaya katılan hastaların MYÖ toplam puan ortalaması $99,57 \pm 15,51$; BUÖ toplam puan ortalaması ise $5,68 \pm 4,43$ 'tür. BUÖ' ye ait gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutu puan ortalaması $1,2 \pm 1,29$ iken motivasyon kaybı alt boyut puan ortalaması $2,56 \pm 1,89$ ve umut alt boyut puan ortalaması $1,91 \pm 1,82$ olarak bulunmuştur.
- MYÖ toplam puanı, yaş, medeni durum, eğitim durumu, aile yapısı, çocuk sahibi olma durumu, birlikte yaşanan kişiler, kronik hastalık varlığı ve algılanan umut durumu düzeyine göre istatistiksel olarak farklılık göstermezken; kadın hastaların ve algılanan manevi durum düzeyini güçlü değerlendiren hastaların manevi yönelimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- BUÖ toplam puanı; yaş, medeni durum, eğitim durumu, aile yapısı, çocuk sahibi olma durumu, birlikte yaşanan kişiler ve kronik hastalık varlığına göre farklılık göstermezken; erkek hastalarda, algılanan manevi durum düzeyini ve algılanan umut durumu düzeyini zayıf değerlendiren hastalarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- BUÖ'ye ait gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler alt boyutu toplam puan değerleri yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile yapısı, çocuk sahibi olma durumu, birlikte yaşanan kişiler ve kronik hastalık varlığına göre farklılık göstermezken; algılanan manevi durum düzeyini ve algılanan umut durum düzeyini zayıf değerlendiren hastalarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Motivasyon kaybı alt boyutu toplam puan değerleri yaş, medeni durum, eğitim durumu, aile yapısı, çocuk sahibi olma durumu, birlikte yaşanan kişiler göre farklılık göstermezken; erkek hastalarda, ilave kronik hastalığı olan hastalarda, algılanan manevi durum düzeyini ve algılanan umut durumu düzeyini zayıf değerlendiren hastalarda daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Umut alt boyutu toplam puan değerleri, yaş, medeni durum, eğitim durumu, aile yapısı, çocuk sahibi olma durumu, birlikte yaşanan kişiler ve kronik hastalık varlığına göre farklılık göstermezken; erkek hastalarda, algılanan manevi durum

düzeşini ve algılanan umut durumu düzeyini zayıf değerlendiren hastalarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

- Tanı alma zamanı ve gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler, MYÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$); motivasyon kaybı, umut, BUÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzey istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.
- HD süresi ile gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler, umut, BUÖ toplam puanı ve MYÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilirken ($p>0,05$) motivasyon kaybı alt boyutu arasında pozitif yönlü zayıf düzey istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın sonucunda; MYÖ toplam puanı, gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler, motivasyon kaybı, umut alt boyutları ve BUÖ toplam puanı arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

6.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda:

- HD tedavisi gören hastalarının bakım sürecinde manevi yönelimlerinin ve maneviyatını harekete geçirecek uygulamaların belirlenmesi önerilmektedir.
- Hastaların umutsuzluğa ilişkin durumlarının belirlenerek özellikle geleceğe ilişkin kaygı ve duygularının konuşularak olası kaygıların giderilmesi ve bu amaçla hastaların bakımında psikiyatri hemşireliği ile ortak çalışılması önerilmektedir.
- HD hastalarının holistik yaklaşım doğrultusunda ele alınması, fiziksel, sosyal ve psikolojik gereksinimleri ile birlikte manevi gereksinimlerinin de göz önünde bulundurulması ve gerekli bakımın sağlanması gerekmektedir. Bu amaçla hastaların talepleri doğrultusunda manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin sunulması önerilmektedir.
- HD hastalarında sürece eşlik eden başka kronik hastalıkların varlığının umutsuzluğu ve alt boyutlarını desteklediği belirlenmiştir. Dolayısıyla başka kronik hastalıkların ya da çoklu semptomların yaşandığı durumlarda hastanın umutsuzluk düzeyinin daha fazla olabileceği bu hastaların ayrıca değerlendirilmesi önerilmektedir.

- Tanı alma zamanı ve hemodiyalize girme süresi arttıkça motivasyon kaybının oluşturduğu, bu hasta grubunun manevi gereksinimlerini ve motivasyonu sağlayabilmeleri için gerekli desteğin bakım süreci içerisinde sağlanması önerilmektedir.
- HD hastalarına bakım sunan sağlık bakım profesyonellerinin maneviyata yönelik farkındalıklarının artması için araştırmalar yapılması eğitimler düzenlenmesi önerilmektedir.
- Manevi bakım merkezlerinin sadece onkolojik hasta değil tanı ve tedavi süreci uzayan tüm kronik hastalıklar ve özellikle umuda ilişkin dinamiklerin sürekli değişime uğradığı hemodiyaliz hastaları için kullanılması gerekmektedir. Öte yandan manevi destek hizmetlerinin sağlanmasında din görevlilerinin yanında sağlık bakım profesyonellerinin yer alması ve bu hizmetin kurum için bir bakım politikasına dönüştürülmesi önerilmektedir.
- HD hastalarının yaşadıkları fiziksel, psikososyal ve emosyonel sorunlarla baş etmede manevi yönelimin etkisi ve bunları etkileyen faktörleri belirlenmek için farklı bölgelerdeki örneklem grupları üzerinde araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abram HS. Repetitive dialysis. Handbook of General Hospital Psychiatry. Editör, Hackett TP, Cassem NH, 1. baskı, Year Book Medical Publishers, Boston 1979;343-365.
- Ağırbaş F. Manevi yönelimli aile danışmanlığı. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
- Alradaydeh MF, Khalil AA. The association of spiritual well being and depression among patients receiving hemodialysis. *Perspect Psychiatr Care* 2018; 54(3):341-347.
- Andrade SV, Sesso R, Diniz DHDMP. Hopelessness, suicide ideation and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. *J Bras Nefrol* 2015;37(1):55-63.
- Andreoli T, Carpenter C, Griggs R, Loscalzo J. Cecil Essentials Of Medicine. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. 2002;233-258.
- Arat Z. Hemodiyaliz hasta ve yakınlarında tükenmişlik sendromu, hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve etkileyen faktörler. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2010;18(2):87-97.
- Aştı N, Pektekin Ç, Adana F. Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;54: 27-34.
- Ata G. Onkoloji hastalarında manevi iyiliğin umut ve depresyonla ilişkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2018.
- Aydın Z. Periton Diyaliz Fizyolojik İlkeleri. Gökdoğan, F. Editör, Hemşireler ve Teknikerler İçin Diyaliz İlke Ve Teknikleri. Ankara, Akademisyen Kitabevi. 2015;125-147.
- Bahar A, Savas AH, Yıldızgördü E, Barlioglu H. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşamı/Anxiety, depression and sexual life of hemodialysis patients. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007;8(4):287-292.
- Başaran D, Şahin Altun Ö, Kaban F, Ecdar T. Hemodiyaliz hastalarının umutsuzluk düzeylerinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2016;1(11):9-16.

- Birol L. Böbrek Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı, Birol, L, Akdemir, N. Editör, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 3. Baskı, Ankara, Sistem Ofset. 2011;541-606.
- Birol L. Hemşirelik Süreci, 10. Baskı, İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık. 2011;18-19.
- Brown D, Carney J, Parrish M, Klem J. Assessing spirituality: the relationship between spirituality and mental health. *J Spiritual Ment Health* 2013;15:107–122.
- Büssing A, Ostermann T, Matthiessen P. Role of religion and spirituality in medical patients: Confirmatory results with the spreuk questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3(10):1-10.
- Cengiz DU. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının umutsuzluk düzeyi üzerine etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
- Chatrung C, Sorajjakool S, Amnatsatsue K. Wellness and religious coping among thai individuals living with chronic kidney disease in southern california. *J Relig Health* 2015;54(6):2198-2211.
- Cheawchanwattana A, Chunlertrith D, Saisunantararom W, Johns N. Does the spiritual well being of chronic hemodialysis patients differ from that of pre dialysis chronic kidney disease patients. *Religions* 2015;6(1):14-23.
- Chochinov HM. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin* 2006;56(2):84-103.
- Cirhinlioğlu FG. Din Psikolojisi. 2. Baskı, İstanbul, Nobel Yayın Dağıtım, 2014
- Costanzo LS. Fizyoloji. Özürk, L. Çeviri Editörü, Böbrek Fizyolojisi, 6. Baskı, Ankara, Sözkese Matabaacılık, 2018;245-311.
- Craig C, Weinert C, Walton J, Derwinski Robinson B. Spirituality, chronic illness, and rural life. *J Holist Nurs* 2006;24(1):27-35.
- Cruz, JP, Colet, PC, Qubeilat, H, Al Otaibi J, Coronel EI, Suminta RC. Religiosity and health related quality of life: A cross-sectional study on Filipino Christian hemodialysis patients. *J Relig Health* 2016;55(3):895-908.
- Culliford L. Spirituality and clinical care: Spiritual values and skills are increasingly recognised as necessary aspects of clinical care. *BMJ* 2002;1434.
- Çam O, Babacan Gümüş A, Yıldırım S. Fiziksel hastalıklara verilen psikososyal tepkiler. Çam, O, Engin, E. Editör. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi. 2014;601-620.

- Çelik HC, Acar T. Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Fırat Tıp Dergisi 2007;12(1):23-27.
- Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel Bakım Ve Hemşirelik. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;8(1):47-50.
- Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D. Bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumlar. Archives Of Neuropsychiatry 2008;45:78-84.
- Çınar S. Psychosocial adjustment and social support in hemodialysis patients. Türkiye Klinikleri 2009;1(1):12-18.
- Dane E. Hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılık durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
- Davison SN, Jhangri GS. Existential and supportive care needs among patients with chronic kidney disease. J Pain Symptom Manage 2010;40(6):838-843.
- Delgado C. A discussion of the concept of spirituality. Nursing Science Quarterly 2005;18(2):157-162.
- Detlinger N, Valeria R. Dahili ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Çelik, S, Usta Yeşilbakan, Ö. Çeviri Editörü, 3. Baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık. 2015;180-216.
- Doğan S, Kelleci M. Fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatan bireylerin bazı tanı gruplarına göre umutsuzluk düzeyleri. Hemşirelik Dergisi 2004;13(52):23-37.
- Doğantekin S, Manevi değerlerin oluşmasında etkili faktörler olarak aile, medya ve okul. Harran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Şanlıurfa, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Duran S, Güngör E. Diyaliz hastalarının duygusal ve sosyal sorunlarının belirlenmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2015;41(2):59-63.
- Ebrahimi H, Ashrafi Z, Eslampanah G, Noruzpur F. Relationship between spiritual well being and quality of life in hemodialysis patients. J Nurse Midwifery 2014;1(3):41-48.
- El Filali A, Bentata Y, Ada N, Oneib B. Depression and anxiety disorders in chronic hemodialysis patients and their quality of life: A cross sectional study about 106 cases in the northeast of morocco. Saudi J Kidney Dis Transpl 2017;28(2):341-348.
- Enç N, Üriner Sistem Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. Enç, N, Öz Alkan, H. Editör, İç Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. 2014;227-241.

- Ercan F. Hemodiyaliz uygulanan hastaların umutsuzluk ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Erdem N, Karabulutlu E, Okanlı A, Tan M. Hemodiyaliz hastalarında umutsuzluk ve yaşam doyumu. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2004;1(1):1-14.
- Erek E. Nefroloji. 5. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. 2005;290-373.
- Fradelos EC, Tsaras K, Tzavella F, Koukia E, Papathanasiou IV, Alikari V, Zyga S. Clinical, social and demographics factors associated with spiritual well being in end stage renal disease. In Genedis 2016 2017;987:77-78.
- Gökdoğan F. Periton Diyaliz. Yürügen, B, Gökdoğan, F, Nural, N. Editör, Diyaliz Teknikleri İçin Nefroloji Kitabı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama A.Ş. 2015;107-121.
- Göker C. Hemodiyaliz hastaları ve eşlerinde psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, Uzmanlık Tezi, 2008.
- Greco MR, Alves de Moura DC, Arreguy Sena C, Alvarenga Martins N, da Silva Alves M. Labour conditions and theory of Betty Neuman: Third-Party workers of a Public University. Journal of Nursing/ Revista de Enfermagem UFPE 2016;10(2):727-735.
- Greenstreet W. From spirituality to coping strategy: Making sense of chronic illness. Br J Nurs 2006;15(17):938-942.
- Güler Ö, Yüksel Ş, Acartürk G, Emül HM, Özbulut Ö, Çölbay M, Geçici Ö. Hemodiyaliz tedavisi alan son dönem böbrek yetmezliği hastalarında psikososyal değerlendirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8(3):173-178.
- Gültekin A. Psikiyatri hastalarının manevi iyilik düzeyleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 2018.
- Güngör Ö. Yaşlılık ve Din. Akyüz, N, Çapcıoğlu, İ. Editör, Din Sosyolojisi El Kitabı, 3. Baskı, Ankara. Grafik Ofset Matbaacılık Reklamcılık Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti. 2015;253-265.
- Hiçdurmaz AGD, Fatma ÖZ. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların stresle başa çıkma biçimleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2009;16(3):1-16.
- İslambay D. Türkiye toplumunda manevi inançlar için bir ön analiz: denetim odağı, sistemin meşrulaştırılması, dini/manevi başa çıkma ve dindarlık açısından bir

- inceleme. Ortadoğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2014.
- Kalınkara V. Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi, Nobel akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti. Ankara, 2011;1-24.
- Kaptan G. İç Hastalıkları Hemşireliği. 1.Baskı, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti. 2012;341-344.
- Karadakovan A. Böbrek-İdrar Yolları Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Bedük, T. Editör, İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları, İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri. 2016;197-218.
- Kelleci M. Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6(1):41-47.
- Kımcı E. Kalp yetersizliği hastalarının umutsuzluk düzeyi, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Yüksek Lisans Tezi, 2018.
- Kızılcık Z, Hemodiyaliz hastalarında depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- Kocabaşoğlu N, Doksat MK, Doğangün B. Anksiyete ve depresyonun çok yönlü ilişkisi, Yeni Symposium 2004;42(2):168-176.
- Koşar A, Biricik SS. Dahiliye. İstanbul, Kelebek Matbaacılık, 2006;419-436.
- Küçük L. Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ruhsal sorunlar. Türk Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi 2005;14:166-170.
- Levine EG, Targh E. Spiritual correlates of functional well being in women with breast cancer. Integr Cancer Ther 2002;1(2):166-174.
- Levy J, Morgan J, Brown E. Oxford Diyaliz El Kitabı. Uslan, İ. Çeviri Editörü, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2002.
- Lucchetti G, Almeida LGC, Granero AL. Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address. J Bras Nefrol 2010;32(1):128-132.
- Marcinko I. The moderating role of autonomous motivation on the relationship between subjective well being and physical health. Plos One 2015;10(5):24-37.
- Martinez BB, Custodio RP. Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. Sao Paulo Med J 2014;132 (1):23-27.

- Masat S. Onkoloji hastalarında psikososyal sorunlar ile manevi yönelim ve dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, Yüksek Lisans Tezi, 2018.
- Maslow A. İnsan Olmanın Psikolojisi, Gündüz, O., Çeviri Editörü, Kural-Dışı Yayınları, İstanbul. 2001.
- Mcsherry W, Ross L. Spiritual assessment in healthcare practice, M&K Update Ltd, 2010.
- Mollaoglu M, Candan F, Mollaoglu M. Illness perception and hopelessness in hemodialysis. Archives Clinical Nephrology 2016;2(1):44-48.
- Moulden HM, Marshall WL. Hope in the treatment of sexual offenders: the potential application of hope theory. Psychol Crime Law 2005;11(3):329- 342.
- Nural N. Hipertansiyonun Yönetimi. Yürügen, B, Gökdoğan, F, Nural, N. Editör, Diyaliz Teknikerleri İçin Nefroloji Kitabı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama A.Ş. 2015;91-101.
- Okanlı A, Erdem N, Yılmaz EK. Hemodiyaliz hastalarında duygu kontrolü ve etkileyen faktörleri. Anadolu Psikiyatri Derg 2008;9(3):156-161.
- Oktay AA. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa, Yüksek Lisans Tezi, 2011.
- Oman D, Throsen CE. Do religion and spirituality influence health. In R. Paloutzian, F, Park CL. Editör, Handbook Of The Psychology Of Religion And Spirituality. New York, Guilford Press, 2005.
- Ottaviani AC, Souza EN, Drago NDC, Mendiondo M. SZD, Pavarini SCI, Orlandi FDS. Hope and spirituality among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: A correlational study. Revista Latino-Americana De Enfermagem 2014;22(2):248-254.
- Ovayolu N. Üriner Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. Ovayolu, N, Ovayolu, Ö. Editör, Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar, 2. Baskı, Adana, Nobel Tıp Kitabevi. 2017;215-237.
- Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar, 2. Baskı, Mattek Matbaacılık. Ankara, 2010.
- Özcan Y, Baştürk M, Aslan SS, Utaş C. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 2000;7(4):333-337.
- Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013;1(1):57-72.

- Özmen D, Dündar PE, Çetinkaya AÇ, Taşkın O, Özmen E. Lise öğrencilerinde umutsuzluk ve umutsuzluk düzeyini etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9(1):8-15.
- Pilger C, Pereira Dos Santos RO, Lentsck MH, Marques S, Kusumota L. Bem estar espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico. *Rev Bras Enferm* 2017;70(4):721-727.
- Pinto C, Pais-Ribeiro JL. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arq Med* 2007;21:47-53.
- Ramos IC, Queiroz MV, Jorge MS, Santos ML. Portador de irc em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. *Acta Scientiarum Health Science* 2008;30(1):73-79.
- Ravaghi H, Behzadifar M, Behzadifar M, Mirghaed MT, Aryankhesal A, Salemi M, Bragazzi NL. Prevalence of depression in hemodialysis patients in Iran. *Iran J Kidney Dis* 2017;11(2):90-98.
- Reig Ferrer A, Arenas MD, Ferrer Cascales R, Fernández Pascual MD, Albaladejo Blázquez N, Gil MT, De La Fuente V. Evaluation of spiritual well being in haemodialysis patients. *Nephrol* 2012;32(6):731-742.
- Saffari M, Pakpour A, Naderi M, Koenig H, Baldacchinod, Piper C. Spiritual coping, religiosity and quality of life: a study on muslim patients undergoing haemodialysis. *Nephrol* 2013;18(4):269-275.
- Seyyar A. Tıbbi Sosyal Hizmetlerde Manevi Bakım. 2. Baskı, İstanbul, Rağbet Yayınları. 2010;82-87.
- Sezen A, Diyaliz Hemşireliği. Arslan, H. Editör, Böbrek Yetmezliği. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi. 2014;113-142.
- Sezen A, Temiz G, Güngör D, Yoğun Bakım Hemşireliği. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi. 2015;357-373.
- Süleymanlar G. Türkiye’de kronik böbrek hastalığının toplumsal yüküne bakış. *Klinik Nefroloji Forumu* 2007;1(1):57-61.
- Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, Ecdar T, Yılmaz ME, Çamsarı T, Başçı A, Serdengeçti K. A population based survey of chronic renal disease in turkey - the Credit study. *Nephrol Dial Transplant* 2011;26(6):1862-1871.
- Şahin S. Diyaliz tedavisi alan bireylerin umut umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007.

- Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences 2005;8(2):32-39.
- Tanyi RA, Werner JS, Recine AC, Sperstad RA. Perceptions of incorporating spirituality into their care: a phenomenological study of female patients on hemodialysis. Nephrol Nurs J 2006;33(5):532-538.
- Türk Dil Kurumu 2017. Umut, umutsuzluk kavramları tanımları, <http://tdk.gov.tr/>, 2017.
- Türk Dil Kurumu 2018. Maneviyat tanımı, <http://tdk.gov.tr/>, 2018.
- Türk Nefroloji Derneği 2016. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, Http://Www.Tsn.Org.Tr/Folders/File/2016_REGISTRY.Pdf, 2017.
- Türkiye Psikiyatri Derneği 2018. Anksiyete. <http://www.psikiyatri.org.tr/>, 2018.
- Uçar M. Yaşlılarda yaşam kalitesi ile spiritüalite (maneviyat) arasındaki ilişki, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
- Ulusal Böbrek Vakfı 2018. Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri. <https://www.kidney.org/>, 2018.
- Uysal V, Ayten A. Ruhsallık umutsuzluğu azaltır mı? Ruhsallık-umutsuzluk ilişkisi üzerine amprik bir araştırma. 16. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi-Kongre Kitabı 2009;318.
- Üstüner Top F, Başkan Ş, Akpunar F, Aydın Pekdemir E, Bayrak GN. Hemodiyaliz hastalarının yalnızlık düzeylerinin değerlendirilmesi, III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Özet Kitabı 2009;111-118.
- Walsh F. Religion, Spirituality, And The Family. In F. Walsh Spirituality Resources İn Family Therapy, New York, The Guilford Press, 2009;3-30.
- Wroblewski KK, Snyder CR. Hopeful thinking in older adults: Back to the future. Exp Aging Res 2005;31(2):217-233.
- Yenicesu M. Kronik Böbrek Hastalığı. Arık, N, Dilek, M. Editör, Nefroloji, 2. Baskı, İstanbul, Karakter Color A.Ş. 2008;318-335.
- Yürügen B, Kahraman A. Hemodiyaliz Endikasyonları. Gökdoğan F, Hemşireler ve Teknikerler İçin Diyaliz İlke Ve Teknikleri. Ankara, Akademisyen Kitabevi. 2015;31-34.

Yürüen B. Hemodiyaliz. Yürüen, B, Gökdoğan, F, Nural, N. Editör, Diyaliz
Teknikerleri İçin Nefroloji Kitabı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın
Dağıtım ve Pazarlama A.Ş. 2015;121-133.



EKLER

Ek-1 ANKET FORMU

HEMODİYALİZ HASTALARININ MANEVİ DURUMLARININ UMUTSUZLUK DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Sayın katılımcı,

Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesine başvuran hemodiyaliz hastalarının manevi durumlarının umutsuzluk üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Sizden gönüllülük esasına dayalı hasta tanıtıcı bilgi formu, manevi yönelim ölçeği ve umutsuzluk ölçeğini size uygun şekilde doldurarak bu çalışmaya katılmanız rica edilmektedir. Bu çalışma amacıyla elde edilen bilgilerin gizliliği tarafımızdan korunacaktır. Herhangi bir şekilde, herhangi kurum veya kişiye başka bir amaçla verilmeyecektir.

Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç. Dr. Afitap ÖZDELİKARA

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yardımcı Araştırmacı: Serpil BABUR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği

HASTA TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Medeni Durumunuz: () Bekar () Evli

4. Eğitim Durumunuz:

() Okur yazar değil () Okur Yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite

() Lisansüstü

5. Çalışıyor musunuz: () Evet () Hayır

6. Mesleğiniz:

- Memur İşçi Serbest meslek Ev Hanımı Öğrenci Emekli
 Diğer.....

7. Sosyal güvenceniz var mı?

- Var Yok

8. Şuanda yaşadığınız yerleşim birimi: İl İlçe Kasaba Köy

9. Aile yapınız: Çekirdek aile Geniş aile

10. Çocuğunuz var mı? Evet Hayır

11. Evet ise çocuk sayısı: 1 2 3 4 ve üstü

12. Kiminle yaşıyorsunuz?

1. Yalnız
2. Eşim ve ben
3. Eşim ve çocuklarımla beraber
4. Anne-babamla beraber
5. Diğer

13. Gelir Düzeyiniz: Gelir giderden az Gelir gidere eşit Gelir giderden fazla

14. Böbrek yetmezliği tanısını ne zaman aldınız? (Belirtiniz).....

15. Böbrek Yetmezliği haricinde bir kronik bir hastalığınız var mı?

- Hayır Evet ise (Belirtiniz) :

Kronik hastalık/hastalıklar adı.....ve süresi.....

16. Kaç yıldır hemodiyaliz tedavisi almaktasınız? (Belirtiniz).....

17. Manevi durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz ?

- Güçlü Orta Zayıf

18. Umut durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz ?

- Güçlü Orta Zayıf

Ek-2 MANEVİ YÖNELİM ÖLÇEĞİ

MANEVİ YÖNELİM ÖLÇEĞİ							
AÇIKLAMA: Her bir maddeyi dikkatli bir şekilde okuduktan sonra, buna ne derecede katıldığınızı ya da katılmadığınızı verilen maddenin karşısındaki numaralardan sizi en iyi tanımlayan numarayı daire içine alınız. 1-Kesinlikle Katılmıyorum ’u “ 7-Tamamen Katılıyorum ”u ifade etmektedir.							
1. Yüce bir gücün varlığını ruhumun derinliklerinde hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Bana huzur veren manevi yaşantılarım vardır.	1	2	3	4	5	6	7
3. İlahi bir varlık tarafından sevildiğimi hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
4. İnsanı nihai noktada, ancak sonsuz bir varlık anlayabilir.	1	2	3	4	5	6	7
5. Dua/ meditasyon, manevi yaşantımın önemli bir parçasıdır.	1	2	3	4	5	6	7
6. İlahi bir güce olan inancım, hayattaki zorluklarla başa çıkmamda bana yardımcı olur.	1	2	3	4	5	6	7
7. Bir kimse hayatının anlamını gerçekten ararsa, cevaplar bulabilir.	1	2	3	4	5	6	7
8. İlahi bir varlığa olan inancım davranışlarım üzerinde etkilidir.	1	2	3	4	5	6	7
9. Dua ederek, kendimi inandığım şeye daha yakın hissedebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
10. İlahi bir varlığa olan inancım, hayatıma anlam kazandırır.	1	2	3	4	5	6	7
11. Dua/meditasyon bana duygusal destek sağlar.	1	2	3	4	5	6	7
12. Manevi boyutla olan iletişimim, ruh sağlığıma iyi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
13. Yüce bir güç tarafından korunduğumu hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
14. Dua/meditasyon dinginliğinde bir bütünlük duygusu yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7
15. Doğayı hayranlık içinde seyretmek manevi duygularımı güçlendirir.	1	2	3	4	5	6	7
16. İnancım çevremdeki insanlarla iletişimimi güçlendirir.	1	2	3	4	5	6	7

EK 3.BECK UMUTUSZLUK ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Her bir maddeyi dikkatli bir şekilde okuduktan sonra kendinize uygun olan ifadeler için “doğru”, uygun olmayan ifadeler için “yanlış” şikkının işaretlenmeniz gerekmektedir		
	Doğru	Yanlış
1.Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2.Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3.İşler kötüye giderken bile herşeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4.Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5.Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6.Benim için çok önemli konularda ilerde başarılı olacağımı umuyorum.		
7.Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8.Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9.İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.		
10.Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11.Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12.Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.		
13.Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14.İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15.Geleceğe büyük inancım var.		
16.Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17.Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18.Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19.Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20.İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

EK-4 ETİK KURUL ONAYI




T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1059

14 .07.2017

Sayın Yrd.Doç.Dr. Afitap ÖZDELİKARA

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Hemodiyaliz Hastalarının Manevi durumlarının Umutsuzluk Düzeyine Etkisi** başlıklı OMÜ KAEK 2017/275 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 13.07.2017 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra **başlanmasına** oy birliği ile karar verilmiştir. .
Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK-5 HASTANE İZİNİ



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : 15374210-757.01-E.19029
Konu : Tez Çalışmanız Hakkında

07/08/2017

SN. SERPİL BABUR

"Hemodiyaliz Hastalarının Manevi Durumlarının Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi" isimli tez çalışmanızı Hastanemizde yapma isteğiniz uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Recep SANCAK
Merkez Müdürü

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN

Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29

Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

Keş Adresi: omu@hs01.kep.tr

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

Evrak teyidi <https://ebysorgu.omu.edu.tr> adresinden 0AK9-KMA2-0KT7 kodu ile yapılabilir.

Meral TULUM

meral.tulum@omu.edu.tr

Dahili Tel : 2327

EK-6 MANEVİ YÖNELİM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

27.07.2017

Posta - bbrserpil@hotmail.com

Re: Manevi yönelim ölçeği

figen kasapoğlu <figenkasapoglu.721@gmail.com>

25.3.2017 (Cmt) 13:44

Arşiv

Kime: Serpil Babur <bbrserpil@hotmail.com>;

📎 1 ekin (51 KB)

MYÖ.docx;

MERHABA SERPİL HANIM
ÖLÇEK MADDELERİNİ GÖNDERİYORUM.
ÇALIŞMALARINIZDA KOLAYLIK DİLERİM..

25 Mart 2017 11:32 tarihinde Serpil Babur <bbrserpil@hotmail.com> yazdı:

Merhaba Figen hanım, ben Serpil Babur. Ondokuz Mayıs Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği'nde Yüksek Lisans yapıyorum. "Hemodiyaliz hastalarında maneviyat durumunun umutsuzluk üzerine etkisi" araştırma çalışmasını yapmak istiyorum. Sizin geliştirmiş olduğunuz ölçeği hastaların manevi durumlarını ölçmekte kullanabilir miyim ? Şimdiden çok teşekkür ediyorum iyi günler.

EK-7 BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

27.07.2017

Posta - bbrserpil@hotmail.com

Re: Beck Umutsuzluk Ölçeği

aysegul durak <ayseguldurak@yahoo.com>

27.7.2017 (Per) 14:36

Kime: Serpil Babur <bbrserpil@hotmail.com>;

Söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...
Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün

On Thursday, July 27, 2017 02:17:56 PM +03, Serpil Babur <bbrserpil@hotmail.com> wrote:

Hocam merhaba. Ben Ondokuz Mayıs Üniversitesinde İç Hastalıkları Hemşireliği'nde yüksek lisans yapıyorum. Adım Serpil Babur. "Hemodiyaliz hastalarının manevi durumlarının umutsuzluk düzeylerine etkisi" adı altında tez araştırmasını yapmayı planlamaktayım. Hastaların umutsuzluk düzeylerini ölçmek için sizin geçerliliğini yapmış olduğunuz Beck Umutsuzluk Ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum. Şimdiden teşekkür ediyorum. İyi günler diliyorum.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Serpil BABUR

Doğum Yeri: ZİLE

Doğum Tarihi: 03/09/1994

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

OMÜ Samsun Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 2012-2016

OMÜ Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı 2016-

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi 2017-

E-posta: bbrserpil@hotmail.com

