



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

**KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ TANISI ALAN HASTALARIN
AİLELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**TÜLAY ASAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. ÖZLEM İŞİL**

İSTANBUL – 2007

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Tülay ASAN tarafından hazırlanan
"Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hastaların Ailelerinin Değerlendirilmesi"
konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 22.10.2007

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Özlem İŞİL
: Marmara Üniversitesi / Hemş. YO.
(Danışmanı)

Jüri Üyesi : Prof.Dr. Adnan İŞGÖR
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.

Jüri Üyesi : Prof.Dr. Necmiye SABUNCU
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.

Jüri Üyesi : Prof.Dr. Sevim BUZLU
: İst. Üniversitesi /Flor.Niğh. Hemş. YO.

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun
görölmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Tayyip ÇALIŞLAR
Sağ. Bilim. Ens. Müdür V.



I.TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışmam boyunca; desteği, iyi niyeti ve sabrıyla bana yol gösteren danışmanım Yrd.Doç. Dr. Özlem Işıl'a,

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Görevlilerine,

Tez uygulamamı yaptığım, öncelikle Fresenius Medical Care yönetimine ve İstanbul ilinde bulunan diyaliz merkezlerinde hemşire ve hekimlere,

Her zaman yanımda olduklarını hissettiren aileme ve beni destekleyen arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

II. İÇİNDEKİLER

1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ AMAÇ.....	3-4
4. GENEL BİLGİLER.....	5-27
4.1. Kronik Böbrek Yetmezliği.....	5
4.1.1. Diyaliz Tedavisi.....	5-8
4.1.2. Diyaliz Tedavisinin Biyo-psiko-sosyal Boyutu.....	8-10
4.1.3. Diyaliz Tedavisi Sırasında Görülen Ruhsal Sorunlar.....	10-16
4.2. Aile.....	16-27
4.2.1. Kronik Hastalık Sürecinde Ailenin Tutumu.....	19-20
4.2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hasta ve Hasta Ailesi.....	19-20
4.2.2.1. Hasta ve Ailesinin Yaşadığı Sorunlar ve Gereksinimler.....	20-22
4.2.2.2. Diyaliz Hastalarında Tedavi Edici Ortam ve Ailenin Katkısı.....	22-24
4.2.3. Hemşirenin Hasta Ailesini Değerlendirmesi ve Hemşirelik Yaklaşımları.....	24-27
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	28-31
6. BULGULAR.....	32-55
7. TARTIŞMA.....	56-66
8. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	67-69
9. EKLER.....	70-78
10. KAYNAKLAR.....	79-82
11. ÖZGEÇMİŞ.....	83

III. KISALTMALAR

ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği

KBY: Kronik Bۆbrek Yetmezliği

ICD-10:International Classification of Diseases

IV. ŐEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 1: Hasta Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre AD Dağılımı

Şekil 2:Hasta Yakınlarının Çalışma Durumlarına Göre AD Dağılımı

Şekil 3:Hasta Yakınlarının Ekonomik Durumlarına Göre AD Dağılımı

Şekil 4:Birbirinin Fikrine Saygı Duyulmasına Göre AD dağılımı

Şekil 5: Aile İçinde Birbirine Destek Olunmasına Göre AD Dağılımı

Şekil 6:Aile İçinde Geçinememe Durumuna Göre AD Dağılımı

Şekil 7:Tedavi Ekibinden Hijyenik Ortam Beklentilerine Göre AD Dağılımı

IV. TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo 1: Hastalara İlişkin Bulguların Dağılımı

Tablo 2:Hasta Yakınlarına Ait Bulguların Dağılımı

Tablo 3:Hasta Yakınlarının Hastalıkla ilgili Duygu ve Düşüncelerine Ait Bulguların dağılımı

Tablo 4:Aile Değerlendirme Ölçeği ile ilgili Bulguların Dağılımı

Tablo 5: Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi

Tablo 6: Hasta Yakınının Hastalığı Öğrendiğinde Hissettiklerine Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi

Tablo 7: KBY Hastasıyla Yaşıyor Olmanın Neden Olduğu Sorunlara Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi

Tablo 8:Aile İçi İlişkilere Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi

Tablo 9:Hastanın Durumuyla İlgili Hissedilenlere Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi

Tablo 10: Ailede KBY Tanısı Alan Bireyin Olmasına ve Diğer Aile Bireyleri İle Sorumlulukların Paylaşılma Durumuna Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi

Tablo 11:KBY İle İlgili Bilgi Almak İstenmesine Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi

Tablo 12: Tedavi Ekibinden Beklentilerine Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi

1. ÖZET

Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hastaların Ailelerinin Değerlendirilmesi

Bu araştırma; Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı alan hasta ailelerinin, hastalık sürecinde ve sonrasında karşılaştıkları sorunların belirlenerek, KBY'nin aile işlevlerine olan etkisini ortaya koyması ve elde edilen veriler doğrultusunda, hemşirelik yaklaşımlarına yol göstermesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın evrenini İstanbul'daki bir kuruluşun yedi diyaliz merkezine gelen tüm hasta yakınları, örneklemini ise çalışma kriterlerine uyan 118 hasta yakını oluşturmuştur. Veriler literatür bilgilerine dayalı olarak geliştirilen sosyo-demografik özellikleri içeren "Bilgi Formu" ve yedi alt gruptan oluşan "Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)" kullanılarak toplanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre; hasta yakınlarının; yaş, medeni durum, ekonomik durum, çalışma durumu, eğitim durumu gibi sosyodemografik değişkenlerin, hastalığa karşı tutumlarını etkilemekte olduğu bulunmuştur. Ayrıca, ADÖ toplam puan ortalamalarının yüksek olması, çalışma kapsamındaki hasta yakınlarının aile işlevlerinin olumsuz olduğunu; hasta yakınlarının eğitim durumlarının yüksek olması, diyaliz ortamının hijyenik olmasını istemeleri, tedavi ekibinden ilgi- hoşgörü beklediklerini ifade eden hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları düşük çıkmıştır. Bu durum aile işlevlerinin olumlu etkilendiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Ailesi, Psikososyal Boyut, Kronik Böbrek Yetmezliği, Aile İşlevselliği, Sosyal Destek

2.SUMMARY

The Evaluation of People whose Family Members have Chronic Kidney Disease

The study was designed to determine the problems encountered by patients' families with diagnosis of CRF during illness period and thereafter, to establish the effect of CRF on the familial functions and to guide nursing approaches in accordance with obtained data.

The study population composed of all patients' relatives presenting to seven dialysis centers of an enterprise in İstanbul. The study sample included 118 patients' relatives meeting study criteria. Data was collected by using 'Questionnaire' including socio-demographic characteristics developed based on literature data and Family Assessment Device (FAD) including seven subgroups.

According to the results, it was found that socio-demographic characteristics such as age, marital status, occupation status, economic status, education level affected patients' relatives' behaviors against illness. Besides, the higher Family Assessment Device total scores' averages were found to be consistent with negative familial functions of patients' relatives within the context of study. The Family Assessment Device total scores' averages of the patients' relatives with higher education levels and demanding for hygienic dialysis environment and expressing anticipation sympathy and tolerance from the therapy team were found to be lower. This study showed that the familial functions of patients' relatives were affected positively.

Key Words: Patient Family, psychosocial dimension, Chronic Renal Failure, Family Functions, Social support.

3. GİRİŞ AMAÇ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), kişinin yaşam kalitesini etkileyen, hastalık sürecinde çeşitli komplikasyonların gelişmesine neden olan kronik bir hastalıktır. Ayrıca; bireyi olduğu kadar, aile ve toplumu da etkileyen psikososyoekonomik sonuçları beraberinde getiren en ciddi hastalıklardan biridir (49,33). KBY'nin üç önemli tedavi seçeneği vardır. Bunlar, hemodiyaliz, periton diyalizi ve transplantasyondur. Transplantasyon aşamasına kadar hastalar, diyaliz tedavisi görmekte olup, uygulanan en yaygın yöntem de hemodiyaliz tedavisidir. Türk Nefroloji Derneğinin 2005 verilerine göre, hemodiyaliz ülkemizde en sık uygulanan renal replasman tedavi (% 78) yöntemidir. 2005 yılı verilerine göre, ülkemizde hemodiyalize alınan toplam hasta sayısı 28.507 gibi büyük bir sayıda bulunmaktadır (53).

Kronik hastalık sürecinde hem hastalar, hem de bakım veren bireyler etkilenmekte ve büyük ölçüde sosyal desteğe gereksinim duymaktadırlar. Yapılan bir araştırmada hastaların; % 12,5'inde majör depresyon gözlenirken, başka bir araştırmada ise; hastaların % 17,6'sında depresyon görülmektedir (42).

Depresyonun kayba bir tepki olduğu düşünülürse, sağlıklı çalışma yeteneği, güç, enerji, cinsel işlev, fiziksel özgürlük ve sağlıklı yaşam beklentisini yitiren bu hastalarda depresyon görülmesi şaşırtıcı değildir.

Hastaların depresyonunu cinsiyet, ikamet durumu, kronik hastalık, yaş, medeni durum, eğitim, meslek, soysal güvence, diyaliz merkeze ulaşım şekli, sağlık durumu bozulduğunda ümit/ümitsizlik ve destek aldığı kişilerin etkilediği, algılanan sosyal destek azaldıkça depresyon belirtilerinin arttığı belirtilmektedir (33).

KBY tanısı alan hastaları bütüncü bir yaklaşımla ele aldığımızda, hastalık süreci içinde, hastalarda; çalışma gücü azalır, aile ve sosyal yaşamındaki roller olumsuz etkilenir, cinsellik ve evliliğe ait sorunlar, diyaliz merkeze ulaşım, sevk, ilaç ve kan bulmada karşılaşılan güçlükler, malzeme, personel ve ilgi yetersizliği, tedavi seansları ile işe/okula gidememe, seyahat edememe ve diyaliz uygulamasından kaynaklanan güçlükler gibi pek çok psikososyal sorun görülebilmektedir (33,42).

Kronik hastalıkların birçoğunda olduğu gibi kronik böbrek yetmezliğinde de, yaşanan olaylar, hem hasta hem de aile için bir yaşam krizidir. Ailenin hastayı ve hastalığı algılayışı hastanın kendisini algılayışını doğrudan doğruya etkileyecektir (10). Kronik böbrek yetmezliği; fiziksel bir hastalık olmasına rağmen; hem hastayı hem de aileyi etkileyen bir süreçtir. Bu kronik hastalık sürecinde, hastaya yakın olan kimselerin yardımı ile kişisel, ailesel, kültürel, sosyal olanakların değerlendirilmesi yapılır. Bu nedenle mümkün olduğu kadar hastanın ailesi ve yakınlarının tedavi sürecine katılmaları bir yandan sosyal ailesel problemlerin belirlenmesine, öte yandan da bu alandaki tedaviye yardımcı olabilecek kaynakların ve desteğin değerlendirilmesine olanak sağlar. Aile açısından da KBY tanısı alan hastayla yaşamak, aile bireylerinde hem maddi, hem de; gerginlik, stres, anksiyete, umutsuzluk, sosyal ilişkilerde azalma gibi güçlükler çıkartırken, hasta açısından ise ailenin fonksiyonel olmadığı kronik süreçte sosyal destek eksikliği görülebilir (42,12,39).

Hemşirelik mesleğinin amacı; birey, aile ve topluma kişiler arası bir süreç içinde, sağlığı geliştirici, hastalıkları önleyici, yaşam deneyimleri sağlamak ve hem hasta bireylerin, hem de yakınlarının kendi potansiyellerini arttırmalarına yardımcı olmaktır (38). KBY hastalarına, biyopsikosozyal açıdan yaklaşmalıdır, Hemşire; ayrıca bu sürecin ayrılmaz bir bütünü olan hasta yakınları için de hasta-aile grup toplantıları, kendi kendine destek grupları ve eğitim programları ile hastaya ve ailesine hastalığın ayrıntılarıyla anlatılması, hastanın içine bulunduğu yaşam koşulları göz önünde bulundurularak olumlu bir rehabilitasyon programı başlatılması, hastanın ve ailenin destek sistemlerini fark etmesinin sağlanması ile hastaların depresyona/umutsuzluğa girmesini engelleyebilir ve böylece hasta ve ailenin hastalıktan bir anlam bulmasını ve geleceğe umutla bakmasını sağlayabilir (34, 33).

Bu çalışma; KBY tanısı alan hastaların ailelerinin, hastalık süreci ve sonrasında karşılaştıkları sorunların belirlenmesi ve bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelik yaklaşımlarına yol göstermesi amacıyla planlanmıştır (12, 32, 40).

4 .GENEL BİLGİLER

4.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik böbrek yetmezliği (KBY); böbreklerin nefron kütesinin progresif ve irreversibl (geri dönüşümsüz) harap olmasıyla karakterize, genellikle kronik renal veya sistemik hastalıklara bağlı olarak böbrek fonksiyonlarının yavaş yavaş kaybolmasıyla meydana gelen bir hastalıktır. Bu aşamada, yerine koyma (renal replasman) tedavisi başlanmaz ise, üreminin ortaya çıkacağı kabul edilmektedir (1,33).

KBY'nin ilerlemesini engellemek için önce böbreklerin fonksiyonel rezervini doğru şekilde saptamak, fonksiyonel rezerv (geri dönüşebilir) faktörlerinin düzeltilmesi, ilerlemenin durdurulması veya yavaşlatılması, üremik komplikasyonların önlenmesi ve tedavisiyle yaşam süresi ve kalitesinin artırılması, altta yatan hastalığın tedavisi şeklinde bir yaklaşımla başlanmalıdır. Hastalığın semptomatik tedavisinde; proteinlerin kısıtlanması, dengeli su ve tuz alımı, hiperfosfoteminin kontrolü, hipertrigliseridemi ve lipoprotein, anemi, kaşıntı, infeksiyonlar, hipertansiyon, üremik kemik hastalığı tedavisi ve ilaç dozlarının ayarlanması sayılabilir (49,40).

KBY olan hastalarda, üreminin getirdiği semptomlar ilerleyici boyutlarda oluyorsa, hemodiyaliz, periton diyalizi yada transplantasyon tedavilerinden bir tanesi seçilmelidir (33).

4.1.1.Diyaliz Tedavisi

KBY tedavisinde başvurulabilecek üç tane renal replasman tedavisi bulunmaktadır. Günümüzde uygulanan bu yöntemler, hemodiyaliz, periton diyalizi, hemodiyafiltrasyon, hemofiltrasyon olmasına rağmen; en fazla hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulanmaktadır. Özellikle akut durumlarda hemodiyaliz tedavisi periton diyalizinden önce uygulanır. Sağlık Bakanlığınının 2003 verilerine göre ülkemizde; hemodiyaliz %83, periton diyalizi %15, transplantasyon %2 oranında uygulanmaktadır (44).

Hemodiyaliz; yarı geçirgen bir membran ile kan- diyaliz sıvısı arasında difüzyon esasına dayalı bir solüt geçişi olarak tanımlanmaktadır. Hastanın kanı alınarak, kan ve diyalizat arasında ayırımı sağlayan bir membrandan geçirilir (1).

Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalı (genellikle dakikada 200-600ml) ve bir membran ve makine kullanılmalıdır (33). Bu kan akımının sağlanması için de, hasta kanının kolay alınmasını sağlayan, kan akımı ve kan basıncı yüksek, intravenöz girişi kolay, geniş ve yüzeysel venlere gereksinim vardır. Bunun için yüzeysel ven ve arter ağzlaştırılır. Arter ve venin ağzlaştırılmasına arteriovenöz fistül adı verilir. Geçici damar yolları; internal juguler ven, femoral ven ve subklaviyen vendir. Kalıcı damar yolu olarak ise; arteriovenöz fistül ve greftler kullanılır (1,3).

Hemodiyaliz işleminin üç komponenti vardır. Bunlar; diyalizör (filtre), pompa yardımıyla kan ve diyalizat dolaşımını sağlayan sistem, solüt klirensi için belirli bir kimyasal kompozisyonda sıvı (diyalizat). Kullanılan diyalizörün yüzey alanı ne kadar büyükse, o kadar iyi hemodiyaliz yapılır (1,49,3).

DeneySEL olarak ilk hemodiyaliz uygulaması 1913 yılında köpekler üzerinde yapılmıştır. İnsanda ilk hemodiyaliz uygulaması ise 1944 yılında Hollandalı bir hekim olan Kollf tarafından yapılmıştır. Bu uygulamada yarı geçirgen membran olarak selüloz asetat membran ve antikoagülan olarak heparin kullanılmıştır. İlk periton diyaliz uygulaması ise 1923 yılında Ganter tarafından gerçekleştirilmiştir (49).

Periton diyalizi; periton boşluğuna verilen özel bir solüsyon aracılığı ile yarı geçirgen membran olarak hastanın kendi periton membranını kullanarak, kanın atık maddelerden arındırılması ve sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması işlemidir. Periton diyalizinin yapılabilmesi için; katater, uygun diyalizat sıvısı ve diyalizat arasında bağlantı sistemi gereklidir.

Periton diyalizinin en önemli avantajı taşınabilir ve maliyetinin düşük olmasıdır. Öğrenilmesi kolay olmasına rağmen, başlatılmasından önce birkaç hafta eğitim gerektirir. Hastanın tedavisi uzun süreli olacağı için, hasta yakını bu süreçte kendinde büyük bir baskı hissedecektir. Bu nedenle, hastanın kendisi de bu sorumluluğu almalıdır. Periton diyalizi yapılan ortamın da periton diyaliz hemşiresi tarafından tedavi başlamadan önce ev ziyaretleriyle gözlemlenmesi, uygun ortamın sağlanması ve sonraki

dönemde enfeksiyon riskinin azaltılması özellikle peritonit riskinin ortadan kaldırılması için önemlidir. Periton diyalizinde sürekli olarak diyaliz yapılması vücuttaki diğer sistemleri de dengede tutar. Kardiyovasküler problemler, hemodiyalizdeki kan kayıpları yoktur. Ayrıca diyaliz tedavisi gören hastaların en büyük sıkıntısı olan, diyet kısıtlaması periton diyalizi hastalarında yoktur. Tedavi ekibi tarafından acil diyaliz endikasyonu konulduktan sonra hemodiyaliz ilk aşamada uygulansa da, hastanın hastalık seyri, sosyodemografik özellikleri ve eğitim durumuna göre uygun renal replasman tedavisine yönlendirilmesi sağlanır (23, 3,33).

Transplantasyon; canlı doku yada hücrelerin bir donörden alıcıya transferi ve alıcıda fonksiyonlarını yapacak bir durumda tutulmaları ile ilgili işlemleri kapsar. Transplantasyon, son dönem böbrek yetmezliğinin en önemli tedavi şeklidir. Çünkü; gerek canlı vericiden, gerekse kadavradan yapılan başarılı böbrek transplantasyonlarında diyaliz tedavilerinde olduğu gibi böbrek fonksiyonlarından bazıları değil, tamamı yerine getirilir (1,41).

Böbrek transplantasyonu yapılabilmesi için alıcı ve verici arasında ABO kan grubu sisteminde uyum olmalıdır. Ayrıca; alıcı ve verici arasında uyum aranan ikinci sistem, doku grubu olarak bilinen HLA (Human Lökosit Antijenleri)'ya bakılmasıdır. Hastanın, primer böbrek hastalığı, yapılan kan transfüzyonu sayısı, gebelik sayısı, aktif enfeksiyon varlığı, daha önceki transplantasyon sayısı, yaşı, diğer sistemik hastalıkları, herhangi bir malignite varlığı, ve psikiyatrik durumu başarılı bir transplantasyon için gerekli kriterlerdir. Ayrıca canlı donörde de sistemik hastalıkların varlığı, bulaşıcı hastalıklar ve psikiyatrik bozuklukların olması transplantasyon için kontrendike bir durumdur (1,47).

KBY'de, hasta genellikle uzun süreli diyalizden daha az stres yaşar. Fakat yine de uygun donörün bulunmasının beklenmesi, bu aşamaya kadar olan nakil işlemleri, farklı stresler, ajitasyonlar, korku, kızgınlık, inkar, umutsuzluk durumlarına neden olabilir. Transplantasyon yaklaştıkça her potansiyel alıcı kendi bireysel özelliklerine göre farklı davranışlarda bulunabilir. Obsesif, paranoid ve anti-sosyal davranışlar gösterebilir. Aile üyelerinden böbrek vermek istemeyenlere karşı aşırı öfke duyabilir yada aileden biri verecekse suçluluk ve sorumluluk hissedebilir (47,33).

Hasta nakil olduktan sonra da rejeksiyon riski açısından tedirginlik yaşar. Hatta bu durum yıllarca sürebilir. Çünkü transplantasyon hem hasta, hem de aileler için ‘yeniden doğuş’ olarak tanımlanmaktadır.

Hastanın kortikosteroid kullanımına bağlı olarak fiziksel görünümündeki değişiklikler hastanın kendini algılamasını etkileyerek, anksiyete, depresyon, öfke ve içe kapanıklık gibi psikolojik sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. Özellikle transplantasyon sonrası duygularını ifade edemeyen hastalarda daha sık olarak “Yaygınlaşmış Anksiyete Bozukluğu” ve “Panik Bozukluk” görüldüğü ve bu durumun tıbbi bakımı ve tedaviyi zorlaştırdığı, hatta suisid girişimlerinin yaşandığı bilinmektedir (47). Hemşire; hasta ve ailenin bilgi sahibi olmalarını sağlamalı, ilaç etki ve yan etkileriyle ilgili bilgi vermeli, hasta, hasta ailesi ve diğer destek sistemlerinin farkında olmalarını ve katılımlarını sağlamalı, hastanın bakımında hasta ve ailesiyle işbirliği yapmalı, tedavi ve ilaçlarla ilgili eğitim vermeli, rejeksiyon ortaya çıkması ve diyalize dönme olasılığı durumunda hasta ve ailesine destek vermeli, korku ve anksiyeteyi azaltmalı, hastanın tedavisinde multidisipliner anlayışı benimsemeli ve ekip anlayışıyla hareket etmelidir (31).

4.1.2. Diyaliz Tedavisinin Biyopsikososyal Boyutu

Hemşire kuramcılardan Betty Neuman kişiyi; dinamik bir yapı olarak, fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel örüntülerle ve çevresiyle etkileşim halinde bir varlık olarak tanımlar. Açık sistemler kavramı ve holistik yaklaşımı bir arada kullanarak, bireye bütüncü yaklaşılması gerekliliğini ve insanların sürekli çevreleriyle etkileşim ve iletişim halinde olduğunu desteklemektedir (51).

Peplau 1950’de kültürün ruh sağlığı üzerindeki etkisinden söz etmiş, Leninger de 1979’da bu tezi genişleterek; farklı kültürlerden gelen insanların, hastalıklarını farklı algıladıklarını ve hastalığa verilen yanıtın da bu anlamda farklı olduğunu ileri sürmüşlerdir. (48).

Hastalık, tıbbi açıdan fizyopatolojik-organik süreçleri içermesine rağmen, psikolojik, psikoseksüel, entelektüel ve sosyal boyutları ile de bireyin yaşamını etkileyen bir varoluş krizidir. Bu hastalık durumu hastanın, iyi oluş durumunu

etkileyerek yeti yitimine neden olabilir. Hatta bireyin yaşamını yitirebilecek düzeyde de olabilir. Bu etkileşim sürecinde bireyin baş etme gücüne, kişilik yapısına, önceki deneyimlerine, tıbbi tanısına, etkilenen organa, hastalığın kişi için anlamına, hasta rolüne ilişkin tutumlarına ve ailenin hastalığı kabullenmesine göre değişebilen bazı tepkiler ortaya çıkar (15,25).

Hastalık, organik bir patoloji değil; tüm boyutlarıyla önemli bir yaşam kriz olup, ailesel bir sorundur. Bir aile üyesinin hastalığı tüm aile sisteminin dengesini etkiler ve bu durumda da hem hasta hem de ailesi birbirlerinden etkilenmektedir (5,42).

Fiziksel hastalıklarda da durumsal ve travmatik bir kriz yaşanmaktadır. Hem hasta, hem de aile için deneyimlenen zor bir süreçtir. Yapılan çeşitli epidemiyolojik araştırmalarda en fazla hastalarda depresyon görüldüğü ve tanı kriterleri değişse de % 12-60 oranında depresyon gelişebileceğini ortaya koymaktadır (5).

Fiziksel hastalıkta; fizyopatoloji, intrapsişik yaşantı ve psikososyal çevre arasında dinamik bir etkileşim vardır. Böyle bir durumda da bireyler hastalığa karşı emosyonel tepkiler verebilmektedirler. Bu tepkiler; inkar, regresyon, patolojik bağımlılık, anksiyete, belirsizlik, öfke, tedaviyi reddetme, güçsüzlük, utanç, yetersizlik ve başarısızlık, suçluluk, hastalığını gizleme, yalnızlık, sosyal geri çekilme veya izolasyon, umut-umutsuzluk, yas-matem ve rahatlama (25).

Birçok fiziksel hastalıkta olduğu gibi KBY de; organik, ruhsal ve sosyal sorunlar vardır. Uygulanan renal replasman tedavilerinin hepsinde de farklı sorunlar, hastaların yaşam düzenlerini değiştirmekte ve sorunlar yaratmaktadır. KBY'de; kanser, serebrovasküler hastalıklar, myokard enfarktüsü, diyabet gibi hastalıklarda olduğu gibi, bireylerin umut düzeyleri azalmakta ve tükenmişlikleri artmaktadır. Ayrıca biyopsikososyal olarak bireyi ele aldığımızda ailenin, akrabaların, arkadaşların hatta sağlık çalışanlarının bireyin umut düzeyine etkisinin önemli olduğu bilinmektedir. Yaşamaya karşı umudu olmayan birey, bu zor süreçte tedaviye uyum sorunu yaşayabilir, ilaç tedavisini gereğince yerine getirmeyebilir ve sorunlarla baş edemeyebilir. Bu da hem hasta birey, hem de ailesi için önemli bir sorun haline gelebilecektir (50).

KBY tedavisi, kronik hastalıklar içinde, tedavi merkezine en fazla bağlı kalınarak yapılan zorlu bir tedavidir. Hastanın yaşamı bu süreçte değişikliğe uğrar.

Hastalar yeni bir hastalıkla tanışmakta, yaşantılarını değiştirmekte ve bunun yanında fiziksel olarak hastalığın güçlükleriyle savaşılmaktadırlar. KBY olan hastalarda, hastanın işini kaybetmesi ya da yaşanan ruhsal sorunlara bağlı iş veriminin düşmesi, ekonomik sorunlar, aile içi rollerdeki değişiklikler, dört ile altı saat makineye bağımlı kalma düşüncesi, aktivitelerin kısıtlanması, ölüm korkusu, tedaviye uyumun güçlüğü, özellikle sıvı kısıtlaması konusundaki yasaklamalar, diyet ve ilaç kullanımı, beden imajının bozulması, sosyal desteğin azalması, hastanın nakil için yakınlarından böbrek verme konusunda yaşadığı tereddütlerin doğurduğu baskılar ya da kadavradan nakil için belirsiz bir bekleme sürecine girilmesi, tedavi ekibine güven, seksüel sorunlar gibi sorunlar görülmektedir (40,35).

Yapılan araştırmalarda, hastanın yaşadığı sorunları birebir paylaşan aile üyelerinin ve çevrelerinin de hastalığı bir yıl ve daha uzun sürede kabullendikleri gözlenmiştir. Fakat bazen, bazı hasta eşlerinin hastalık sonrası hastayı terk ettikleri görülmüştür. Aile desteği var olan hastaların, hastalığa olan adaptasyonlarının daha çabuk olduğu, sosyal destekleri arttıkça, olumlu yönde iletişim ile kişiler arası ilişkilerde ait olma duygusu oluşturduğu, depresyonu azalttığı ve benlik saygısını da korudukları belirlenmiştir (50).

4.1.3. Diyaliz Tedavisi sırasında Görülen Ruhsal Sorunlar

KBY; bireylerin yaşantılarını fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan etkileyen, iş kaybı, ekonomik sorunlar ve çeşitli komplikasyonlara neden olan bir hastalıktır (40,35,14,52). Bu tür kronik hastalıklar, bireyin ve ona bağımlı olan özellikle aile sistemini etkileyen bir varoluş krizi yaratır (42). Sosyal bir varlık olan birey, hastalık sürecinde de çevresinden ayrılmayacak ve sosyal boyutuyla da bulunduğu çevresini etkileyecektir.

Kronik Diyaliz hastaları;

- Hastalığın semptomlarıyla uğraşmak

- Belirli bir diyeti sürdürmek (sodyum, potasyum, protein ve sıvını azaldığı bir diyet söz konusudur. Bu pratik olarak, birçok sebze ve meyvenin yenmemesi, çok az miktarda et yiyebilmek ve serbestçe sıvı almamak demektir).
- Beden görünümündeki değişikliklere uyum sağlamak
- Hastalık sürecinin kesin olmayan gelişimine karşı hazırlıklı olmak
- Kişisel, toplumsal ve mesleki amaçlarını yeniden gözden geçirmek durumundadır (18).

Hastalarda diyaliz tedavisine bağlı olarak birçok kayıp meydana gelmekte ve bu hem fiziksel, hem psikolojik hem de sosyal yaşamlarında sorunlara neden olabilmektedir. Prediyaliz aşamasından diyaliz tedavisine geçmek bireyde yaşamsal bir kriz yaratmakta ve kayıplara zemin hazırlamaktadır. Fiziksel işlev kaybı, ekonomik güvence kaybı, aile düzeni bozulması ve bu döngü içinde bireyin yine aynı sorunlarla karşılaşması önemli bir kayıp yaratmaktadır (14).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada; ICD-10 tanı ölçütlerine göre hastaların % 22.9'unda en az bir ruhsal bozukluk olup, en sık konulan tanı depresyon (% 17.1) ve yaygın anksiyete bozukluğu (% 8.7)'dur. Depresyon tanısı konan hastalarda en sık görülen belirtiler uyku bozukluğu, halsizlik, cinsel istek azalması ve çökkün duygulanımdır. Böbrek reddi olanlarda depresyon olasılığı artmakta, başta depresyon olmak üzere, ruhsal bozukluğu olanlarda yetiyitimi oranları ve düzeyleri yükselmektedir (18).

Diyaliz hastalarında söz edilen yeti yitiminden dolayı meydana gelen psikolojik/psikiyatrik sorunlar;

- Uyum ve Davranış bozukluğu
- Organik Beyin Sendromu
- Anksiyete Bozukluğu
- Majör Depresyon
- Cinsel sorunlar'dır.

4.1.1.1.Uyum ve Davranış Bozuklukları

KBY, kronik hastalıklar içinde tedavi merkezi ve diyaliz makinesine bağlı kalmakla başlayan, sağlık personeli ve aileye bağımlı olarak sürdürülen zor bir süreçtir. Hasta alışlagelmiş yaşam biçiminden sıyrılmak, hastalık odaklı yaşamak zorunda kalmaktadır. Abram, hastaların diyalize uyum sürecini dört aşamada değerlendirmiştir.

1. Dönem (Üremik Dönem): Diyalize başlamadan önceki dönemdir. Hasta, böbrek hastalığından diyaliz hastalığına geçecek ve yeni sorunlarla karşılaşacaktır.Kronik hastalığın getirdiği fiziksel, ruhsal sorunlar içindedir. Yaşamının tehdit altında olduğunu düşünür, yorgunluk, halsizlik ve çökkünlük söz konusudur.
2. Dönem (Öforik Dönem): Diyaliz uygulamasının başlamasıyla, ölümden geri dönme duygusu gelişir. Apatinin azaldığı, sıklıkla öforinin eşlik ettiği bir dönemdir.
3. Dönem (Yaşama Dönüş Dönemi): Diyaliz tedavisinin 8-9 seans yapıldığı ikinci- üçüncü haftaya denk gelen aşamalarıdır. Hasta, diyaliz tedavisinde; makineye bağımlı olduğunu, kısıtlama ve engellemelerle karşılaştığını, uyum gücüyle yaşadığının farkına varır. Psikososyal sorunların geliştiği bir dönemdir. Bu dönem 3-12 ay sürebilir.
4. Dönem (Normale Dönüş Dönemi): Hastanın ölümden kurtuluş olduğunun farkına vardığı, makineye alıştığı yaşam kalitesinin arttırılmasıyla ilgili kaygılar taşıdığı ve bununla ilgili gündemler oluşturulduğu bir dönemdir. Gelecekle ilgili özellikle transplantasyonla ilgili planlamalar yapılmaktadır (42,33).

Tüm kronik hastalıklarda yaşanan; inkar, regresyon, patolojik bağımlılık, anksiyete, belirsizlik, öfke, tedaviyi reddetme, güçsüzlük, utanç, yetersizlik ve başarısızlık, suçluluk, hastalığını gizleme, yalnızlık, sosyal geri çekilme veya izolasyon, umut-umutsuzluk, yas-matem ve rahatlama uyum sürecinde KBY hastaları tarafından da yaşanmaktadır (25). Hastaların bir anda artan fiziksel yeti yitiminin yanında alışlagelmiş etkinlikleri de kısıtlanmaktadır. Bu durum, öz bakımlarını etkilediği gibi,

ağrı, yorgunluk ve her zamanki etkinliklerini yapamama durumu, bireyin aile iş ve sosyal yaşamındaki rollerinin gereğini yerine getirmesini engelleyerek depresyona ve kontrolünü yitirme duygusuna neden olabilir. Hastaların bilgi eksikliği, yanlış bilgilendirme, sosyal destek eksikliği, kültürel farklılıklar, daha önce herhangi bir hastalıkla ilgili deneyimleri, kriz durumunda neler yapılacağını bilmemek ve medeni durum bile uyum sürecini etkileyebilmektedir (36,33,35).

Hastalar kronik hastalığa alışma sürecinde kişilik özellikleri ve sosyal yaşantılarına bağlı olarak farklı tepkiler gösterebilirler. Örneğin kronik hastalığı olanlarda öfke sık karşılaşılan bir tepkidir. Hatta bu öfkelerini aileye, diğer hastalara ve sağlık çalışanlarına bile yansıtabilirler. Bu davranışlara tepki göstermemek, hastaları dinleyerek onları anlamaya çalışmak iyi bir yoldur. Öfke ve uyumsuz davranışların nedeni, çoğu kez belli değildir ve hastanın evdeki ve çalışıyor ise iş yerindeki durumu hakkında ayrıntılı bir inceleme gerektirmektedir (46).

Öfkesini farklı kişilere yansıtan hastalara, zarar verici davranışları olduğunda toleranslı davranılmaması gerekir. Bu uyum sürecinde hastanın, öfkeli olduğu kabul edilmeli, nedeni araştırılmalı, duygusal baş etmeyi desteklemeli, enerjisini yapıcı kullanmaya yönlendirilmeli, güvenlik alanına girilmemeli, hastanın destek sistemi de göz ardı edilmeden ele alınmalıdır (21).

4.1.1.2.Organik Beyin Sendromu

Diyaliz hastalarında merkezi sinir sistemini etkileyen birçok toksik, metabolik faktörler var olup; bunlar organik beyin sendromu gelişimine zemin hazırlamaktadır. Diyaliz hastalarında görülen demans (diyaliz ensefalopatisi) sırasında; denge ve konuşma bozukluğu, apraksi, miyoklonus, fokal nöbetler ve paraliziler, deliryum epizodları ortaya çıkar. Paranoid sanrılar genellikle, 2 yıldan fazla diyaliz tedavisi gören hastalarda ortaya çıkar (40,35,14). Üremi, anemi, ilaç toksitesi, elektrolit denge bozukluğu, hipertansiyon ve diğer sistemik hastalıklara bağlı olarak kognitif bozukluklar ortaya çıkar. Konsantrasyon bozukluğu, apati, halsizlik, uykuya eğilim ve uykusuzluk olabilir. Hatta bu durum diyaliz günü yaklaştığıca daha da artmaktadır (33,14). Ayrıca, hastalarda diyalize bağlı; bulantı, kusma, baş ağrısı, denge, konuşma ve

bellek bozuklukları, kaslarda seğirme, tremor, istemsiz hareketler, ajitasyon, ve konvülsiyonlar görülebilir (40).

4.1.1.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Hemodiyalizde, haftanın üç günü dört beş saat geçirmesi, periton diyalizinde gören bir kişinin günde dört kez sıvı değişimi yapması veya gece boyu periton diyaliz makinesine bağlanması ve belli aralıklarla hastane kontrolüne gereksinim duyması tedavileriyle ilgili kaygı düzeylerini arttırmaktadır. Makineye ve tedavi ekibine bağlı olma, sıvı ve diyet kısıtlamaları, ekonomik sıkıntılar, iş gücü kaybı, beden imajındaki değişiklikler, sosyal destek yoksunluğu bu kaygı düzeylerini arttırmaktadır (19,33,35,14). Hastaların diyaliz tedavisi öncesi ve tedavi başladıktan sonra kaygı düzeyleri önemli derecede yükseldiği için yaşanan bu süreçteki kaygıyı azaltmaya yönelik; sağlık çalışanları olarak, psikoterapi, telkin, açıklama, psikososyal desteklerin artırılması, hastanın beden imajı ve özgüvenini desteklemeye yönelik faaliyetler yapılması planlanabilir (33).

4.1.1.4. Majör depresyon

Depresyon, diyaliz hastalarında görülen en büyük psikolojik problem sorunlardan biridir. Depresyon; genellikle gerçekte var olan, var olma ihtimali olan veya hayal edilen bazı kayıplara karşı bir yanıtır (46). Diyaliz hastalarında depresyonun görülmesi; fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşam değişimlerine bağlıdır. Diyaliz hastalarında görülen depresyonun en önemli nedeni; sürekli hemodiyaliz makinesine ve tıbbi ekibe bağlı kalmak ve sosyal rollerinin değişmesi olarak sayılabilir (14). Çok sayıda diyaliz hastasında ölümler diyete veya diyaliz reçetelerine uyumsuzluk tedavinin kısıtlanması veya atlanması sonucunda ortaya çıkar. Bu durum bilinçli veya bilinçsiz bir intihar girişimi olarak değerlendirilebilir (46). Yapılan araştırmalarda, hastaların % 20-70'inin bu durumdan etkilediği görülmüş ve birçok hastanın bir veya birkaç kez intihara teşebbüs ettiği bildirilmiştir (23).

KBY'de giderek zorlaşan fiziksel yeti kaybı, karmaşık tıbbi diyet ve ilaç kullanımı, zaman, ekonomik sorunlar, cinsel fonksiyon ve kontrol kaybı depresif semptomların artmasına zemin hazırlar. Yapılan araştırmalarda; 5.000'den fazla hemodiyaliz hastasını içeren kohort çalışmalarında; depresyon prevalansı % 20 olarak

saptanmıştır. Ayrıca deprese hastalarda, mortalite ve hospitalizasyonun riski, nondeprese hastalara göre % 23 oranında daha fazladır. Çünkü, fiziksel durum kötüleştiğinde, bireyin immün sistemi, kişisel hijyeni ve mücadele gücü etkilenerek hastalık seyri etkilenmektedir (23,14).

Yapılan bir araştırmada; araştırmaya alınan 256 hastanın % 41,4'ünde depresyon bulunmazken, % 34,8'inde orta derecede depresyon, % 23,8'inde ciddi derecede depresyon olduğu belirlenmiştir. Toplam depresyon puan ortalaması $17,6 \pm 10,9$ olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada; genel sağlık durumunu kötü olarak ifade eden, yalnız yaşayan, bekar ve boşanmış olan, arkadaş desteği olmayan ve öğrenim görmemiş hastalarda, ve kadınlarda depresyon belirtilerinin daha fazla görüldüğü ortaya çıkmıştır (13).

Bütün bu verilerden yola çıkarak hastalara bütüncü bakış açısıyla yaklaşılmalı ve hastalar bu doğrultuda desteklenmelidir. Bu amaçla konsültasyon ve liyezon hizmetlerinin kliniklerde uygulanması kaçınılmaz olmaktadır.

4.1.1.5. Cinsel İşlev Bozukluğu

KBY olan hastalarda, cinsel isteksizlik sık görülen bir durumdur. Erkeklerde % 70 oranında daha fazla görüldüğü yapılan araştırmalarda belirtilmektedir. Çeşitli çalışmalarda, diyaliz döneminde, % 20-80 arası erektil disfonksiyon bildirilmiştir. Kadın hastalarda bu sorunun fazla olduğu belirlense de, erkek hastalar cinsel işlev bozukluğunu daha fazla dile getirmektedirler. Erkeklerde, seksüel disfonksiyon % 50- 80 oranındadır. Başka bir araştırmada ise, bu oran % 45 olarak bildirilmiştir. Hastalığın getirdiği fiziksel görünüm, üremik komplikasyonlar, testesteron düzeyindeki düşüş, aneminin yarattığı cinsel isteksizlik ve enerji kaybı, erkeklerde damarsal yetersizlik, çinko yetersizliği, antihipertansifler ve primer hastalığı diyabet olan hastalarda varolan nöropati, aile içi rollerdeki değişimden dolayı empotans görülmektedir. Kadın hastalar da endokrin değişiklikler ve bunun yanında orgazm sorunları sıklıkla görülmektedir (33, 35,14, 16,).

Tüm bu organik nedenlerin yanında diyaliz hastalarında, değişen beden imajına bağlı olarak cinsel aktivite azlığı görülmektedir. Diyaliz hastalarını cinsel işlev

bozuklukları konusunda bilgilendirme önemlidir. Başarısızlık kaygılarının azaltılması gerekir. Eşlik eden psikişik durumunun tedavisinde, davranışsal tedavilerin yeri de vardır. Kalıcı empotans gelişen erkek hastalarda protez ve benzeri diğer teknik ve tedaviler, psikiyatri ile işbirliği içinde uygulanabilir (33).

4.2. AİLE

4.2.1. Kronik Hastalık Sürecinde Ailenin Tutumu

Aile, içinde duygusal ve kan bağıının yada bunlardan herhangi birinin bulunduğu bir etkileşimdir. Aile üyeleri, kişinin geçmişini ve geleceğini paylaşır ve etkiler. Aile, üyelerinin düzenlenmesi, desteklenmesi, bakımı ve sosyalizasyonu çevresinde organize olmuştur. Aile, üyelerinin gereksinimleri ile toplumun güçleri ve yükümlülükleri arasında uzlaştırıcı olarak hizmet verir. (22).

Aile üyelerinin, aile içi ve dışı olaylara verdikleri tepkilerde birbirlerinden etkileşimleri söz konusudur. Aile üyelerinin birinin hasta olması, tüm aile üyelerinin uyumunu etkileyecektir. Bu durum sadece hasta bireyi değil, aile üyelerinin fiziksel, psikolojik ve sosyal dengesini bozan büyük değişikliklere neden olur. Eğer karşılaşılan hastalık, hastaneye yatmayı veya sürekli tedaviyi gerektiriyorsa ortaya çıkan kaygı son derece fazla olur. (50,51).

Tıbbın ilerlemesi ve sosyal refah düzeyinin artması sonucunda yaşam süresindeki artışlar kronik hastalıkları bu yüzyılın en önemli sorunu haline getirmiştir. Kronik hastalığın eşliğinde uzamış yaşam hem hasta için, hem de aile için bazı kısıtlama ve güçlüklereden neden olmaktadır. Bu kısıtlamalar; inme, demans gibi hastalıkların meydana getirdiği fiziksel yetersizlikler sonucu olabileceği gibi; uzun süreli tedavi uygulamalarının sonucunda da olabilir (4).

Kronik hastalık, sürekli; kalıcı yetersizlik yada sakatlık bırakabilir; geri dönüşümsüz patolojik değişikliklere neden olur; uzun vadeli gözlem, kontrol ve bakım gerektirir; tedavi için hasta bireyin ve ailesinin özel eğitimini gerektirir. Bu durumda karşılaşılan hastalık süreci, bir aile sorunu olmakta ve tüm aile sisteminin dengesini etkilemektedir. Aile içi ilişkilerin bozulması, rollerde değişim, stresin artması, ekonomik bozukluklar, hatta kardeşler arasında öfke, küskünlük, kıskançlık gibi

duygular görülmesi sık karşılaşılan sorunlardır. Zaman içinde yeni bakım görevleri aile bireylerinin sorumlulukları arasına eklenirken, aile bireylerinde bitkinlik ve tükenme belirtileri ortaya çıkabilir. Tüm bu olumsuzluklara rağmen, kronik hastalık, hem bireyde hem de ailede gelişim için bir fırsat yaratarak hastalıkla ilgili olmayan, süregelen bir sorunun çözümüne, aile üyelerinin birbirine destek vermelerine de neden olabilir (50, 5, 21). Tam anlamıyla, bütünleşmemiş ailelerde, kronik hastalığın ortaya çıkışı, maskelenmiş işlev bozukluğunu daha çok ortaya çıkabilir. Ayrıca, ailedeki tüm bireylerin hastalanması herkes tarafından farklı tepkilere yol açar. Örneğin; annenin hastalanması, ev işlerinin aksaması, dayanışma artııcı rollerin azalması, hasta bir çocuğun varlığı, çocuğun regrese durumu da olmasını, diğer kardeşler üzerinde baskın olma avantajını hak etmesine, babanın hastalanması ekonomik güçlükler neden olmaktadır. Ayrıca büyükanne ve büyükbabaların olduğu ailelerde, hastaların bakımlarıyla ilgili sorunlar ve kardeşler arasında bakımın güçlüğünden dolayı küskünlükler ortaya çıkmaktadır (53).

Kronik hastalıklar ve sonuçları hasta ailesinde de kriz yaratır. Biyopsikososyal olarak ölüm ve ölüme verilen tepkilere benzer tepkiler kronik hastalıklarda da bireyler tarafından verilmektedir. Bunlar; basit olarak, yadsıma, öfke, pazarlık, depresyon, kabuldür. Hasta bireyin yaşadığı bu aşamaları aileler de yaşar ve benzer tepkiler verebilirler. (5,25).

Ailenin bu güçlüklerle nasıl baş edeceği; ailenin özelliklerine, kaynaklarına, hastalığı algılamasına, hastalığa yüklediği anlama, bunun aile ilişkilerine nasıl yansıdığına, destek sistemlerinin varlığına, önceki baş etme yöntemlerine, ekonomik durumuna, dinsel inançlarına bağlıdır. Aile kronik hastalık sürecinde, farklı tutumlar sergileyebilir. Aile üyeleri, hastanın sorumluluklarını kendi yüklenerek, bağımsızlığını engellemesine regrese davranışlar sergilemesine, hatta aileye karşı kızgınlık duymasına zemin hazırlamaktadır. Bazı ailelerde de, sürekli hasta bireye, “senin hiçbir şeyin yok” gibi söylemlerde bulunarak, hastanın bu tepki duygusuna karşılık, aileye karşı öfke duyup karşı tepki oluşturmaya neden olmaktadır (50).

Kronik hastalık sürecinde; hastaya verilen sosyal destek hastanın prognozunu etkilemekte, hastalığa karşı olan tutum ve adaptasyonunu arttırmaktadır. Hemşire kuramcılardan Betty Neuman’a göre dışsal çevre; bireyin yaşadığı çevre ve insanları

ifade etmektedir. Dışsal çevre ise, mutsuz olmayı ve bu duygunun gelişimini bu kaynakların algılanmasıyla orantılı olarak ortaya koymaktadır. Bireyi, negatif yaşam geçişlerinden bile (çocukların evden ayrılması, emeklilik, dul kalma gibi) sosyal destek sistemlerinin koruduğu ve kronik hastalıklarda da ruh sağlığını koruyucu, hastalığa adaptasyonu sağlayıcı zemin hazırladığı, benlik saygısını zenginleştirici özelliğinin olduğu ortaya konmuştur. (51,33)

MI (Miyokard Enfarktüsü) geçiren hastaların algıladıkları sosyal destekle ilgili yapılan bir araştırmada, en fazla desteği hasta bireylerin eşlerinden aldıkları ve hastaneye yatışlarda en fazla eşlerin refakatte bulunduğu görülmüştür. Bu oran eşleri refakat edenler için (n= 48, % 80), çocukları refakat edenler için (n= 23, % 38.3) olarak bulunmuştur. Bu nedenle, sosyal destek gruplarının da sıkıntılarının göz ardı edilmemesi gerekir (34). Yapılan bu araştırmadan da görüldüğü gibi; kronik bir hastalık yaşanırken, hastaya refakat eden kişi de, hastanın tüm sorunlarıyla ilgilenmekte hatta hastayla birlikte, hastalığa verilen tepkileri o da verebilmektedir.

Kronik hastalığa uyum sağlayan aileler; sabırlı olup, kendi duygularının farkındadırlar. Olayları gerçekçi şekilde değerlendirebilirler. Evli olanlar, evliliklerinden doyum sağlar, hastanın sınırlılıklarını kabul eder, güçlü yönlerini destekleyerek toplumda belli bir yer edinmesini kolaylaştırırlar. Kronik hastalıkla baş etme güçleri ve destek sistemleri yetersiz olan ailelerde ise; uyum bozuklukları, psikosomatik rahatsızlıklar, olayları gerçekçi şekilde görememe, aile çatışmaları, öfke, depresyon, suçluluk, suçlanma, sosyal izolasyon, düşük benlik saygısı gibi problemlere sık rastlanır (52).

Kronik hastalık sürecinde, hastanın ve ailenin verdiği tepkiler aynı doğrultuda ilerleyebilmekte ve bu hastayı ve hastalık sürecini etkileyebilmektedir. Bu nedenle hastanın psikososyal yönü desteklenirken, ailenin tutumu gözden geçirilmeli, aile terapileri düzenlenmeli, hasta ve aile odaklı çalışılmalıdır.

4.2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hasta ve Hasta Ailesi

KBY, hem hastalarda hem de hasta ailelerinde kısıtlamalara yol açan hastalıkların en önemlilerinden biridir. 1960'lı yılların başında Kronik Böbrek Yetmezliği, diyaliz yöntemlerindeki yetersizlik ve diyaliz uygulamasının yaygın olmamasından dolayı mutlak ölümcül bir hastalık olarak görülmekteydi. Fakat sonraki dönemlerde diyaliz uygulamasının ilerlemesi ve yaygınlaşması sonucu, KBY'li hastaların yaşam süresi önce yıllar, sonra on yıllarla ifade edilebilecek düzeyde artmıştır (4).

Hastalarının yaşadığı güçlük ve kayıplar, zamanla bireyin baş etme kaynaklarını zayıflatıp gerileterek çeşitli ruhsal sorunlara neden olmaktadır. Bu nedenle, hastanın bu durumuna sosyal destek grupları içinde en kısa zaman ve en verimli şekilde ulaşılabilecek olan aile mutlaka katılmalıdır (26).

Hasta yakınları, hastanın durumunu öğrendiklerinde, tüm hastalık süreçlerinde verilen yanıtları verirler. Bunlar, hastalığı reddetme, kendini suçlama, tedaviyi yürüten tedavi ekibini suçlama (yanlış tedavi yapıldığını savunarak), ümitsizliğe kapılma, hastanın fiziksel yeti yitiminden dolayı bazen de buna acıma hissini katarak bağımsızlığına müdahale etme gibi yanıtlardır. Bu durum bu hasta yakınının, hastalığa olan öfkesini kanalize edecek bir yer bulmasını sağlar. Hasta yakınının hastalığı nasıl algıladığı, hastalık öncesi yaşam şekli, geniş anlamıyla yaşama, olaylara bakış açısıyla ilgili bir durum olmaktadır. Örneğin spirüital yönü gelişmiş ailelerin uyum süreçleri daha sakin ve kısa sürmektedir.

KBY'de, hasta diyaliz tedavisine alındıktan sonra, biyopsikososyal yönlerden eksiklikler ortaya çıkmakta ve hastanın birlikte olduğu tüm sosyal gruplar, özellikle de aileler etkilenmektedir. Hastanın, farklı cinsiyet, yaş ve konumda olmasına göre bu süreç değişkenlik göstermektedir. Çalışıyor ise işsiz kalmasına, aile reisi ise rol değişimine, anne ise ev düzeni ve destekleyici durumun aksamasına, çocuk ise anne-babanın kendini suçlamasına ve daha fazla umutsuzluk yaşanması neden olabilir.

Yapılan bir araştırmada, hemşirelerce gözlemlenen hastaların yaşadığı stres kaynakları; ölüm korkusu % 73,3'lük oranla ilk sırayı almaktadır. Transplantasyonu bekleme süreci, durumu hakkında yeterli bilgi sahibi olamama, yeni bir tedavi şeklinin bulunmasını bekleme, diyalize geliş gidişlerdeki ulaşım sorunu yaşama da bunlar

arasında yer almaktadır. Ayrıca % 13,3 gibi bir oranda hastanın terk edilme korkusu vardır. Bunun yanı sıra; sıvı alımının kısıtlanması, hastaneye sık gelme zorunluluğu, gelecekle ilgili belirsizlikler, sağlık personeline bağımlı olmak, iş yaşantısının etkilenmesi hem hasta hem de aile için sıkıntı veren olaylardır (27).

Bütün bu kaygıları hastayla birlikte yaşayan aile de, aynı sıkıntıları paylaşır. Hastanın eşi, annesi, babası, çocuğu veya bir yakını olarak hasta yakını tümüyle hastaya odaklanıp, yaşantısını ona göre ayarlayabilir. Söz edilen tüm sıkıntıları yaşarken hastanın bağımsızlığı ve öz bakım gücünü de aşırı koruyucu davranışlarıyla engelleyebilir ve regresyonlara neden olabilir (50). Örneğin; interdiyelektik sıvı alımı kısıtlı olması gereken hastalarda aile fertleri sorunlar yaşamaktadırlar. Hastayı sürekli bu konuda uyarmakla hastayı engellemiş olmaktadır. Ayrıca yine diyetle ilgili sıkıntılar, ailenin diyet şeklini hastaya oryante ederek değiştirmesine neden olur. Zor ve zaman alan bu tedavi sürecinde, hastanın gereksinimlerini gidermek hem ekonomik hem de sosyal ilişkilerin azalmasına da yol açmaktadır.

Yüksek düzeyde fonksiyon gösteren hasta ve aileler, daha az yük ve daha iyi uyum stratejileri bildirirler. Hastanın diyaliz tedavisi ve transplantasyon potansiyeli ile ilgili belirsizliğin oluşturduğu stresten kaçınmak için aileler, büyük ölçüde destek gruplarına ve dini inançlarına dayanırlar. Bu aile ve kişiler arası dinamikler, hasta ve hasta ailesi incelenerek daha da geliştirilmelidir (23).

4.2.2.1.Hasta ve Ailesinin Yaşadığı Sorunlar ve Gereksinimler

KBY tüm yönleriyle ele alındığında hem hastanın kendisinde hem de hastayla yaşayan yada bakım verenler tarafından zor geçirilen bir süreçtir. Hastanın yaşam kalitesinde, biçiminde değişikliklere neden olduğu gibi; kişiliğiyle ilgili çatışmalara bile neden olabilir. Çünkü; hasta böyle bir süreçte, farklı alanlarda kayıplar yaşamaktadır.

KBY hastalarının yaşadıkları bu çatışmalar;

- Bazıları çatışmanın iki yönünü yaşarlar. Tedavi sırasında hasta kimliğini, tedavi dışında sağlıklı, bağımsız bir insan kimliğini yaşarlar.
- Bazıları aşırı bağımlılığı tercih eder. Hasta rolünü benimser ve yaşam sorumluluklarından uzaklaşır.
- Bazıları ise özellikle bağımlılıktan korkarlar, hastalığa ve tedaviye isyan ederler. Genellikle sıkıntı hissi fazla olan hastalar, tedavi programının gerektirdiği bağımlılığı kabul etmezler. Bu hastalarda sağlık personelinin önerilerine uymama sık görülür. Özellikle diyet ve tedavisine uymama, diyaliz seanslarını atlatma, sağlık personeline karşı öfke, çocuksu davranışlar görülebilir (50).

Bu çatışma ve ikilemleri hastayla birlikte aile üyeleri yaşamaktadır. KBY'nin bir aile hastalığı olduğunu düşünülürse; özellikle hastayla daha çok ilgilenen kişi bir anlamda diyaliz partneri sayılmakta, diyalizle ilgili tüm sorunlarla uğraşmaktadır. Bu kişi diyalizden en çok etkilenen kişi olmakta, hatta hasta yakınının hem ruh sağlığı, hem de yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (4).

Hastalık öğrenildikten sonra, ortaya çıkan fiziksel yeti yitimi, hastalık hakkındaki öngörüler, birincil olarak hastayı etkilemekte, iş ve sosyal yaşamını sekteye uğratmaktadır. Hasta ve ailesi; iş arkadaşları, işverenler, sağlık hizmeti verenler ve toplumun gösterdiği yanlış tavırlar yüzünden otonomilerini kaybetmiş duruma gelebilirler. Özellikle toplumun KBY hastasını stigmatize edici ve ortamdan uzaklaştırıcı özellikleri var olduğu, diyalize devam eden hastaların özellikle iş yerlerinde bu tarz olaylarla karşılaştıkları görülmüştür. Bu olay KBY hastasını etkilediği gibi aileyi de etkilemektedir (50).

Hastanın sosyal yaşantısı anlamında sosyal izolasyonu ortaya çıkabilir. Dışarıya çıkmama, hatta yakın çevresine hastalığını söylememe gibi sık karşılaşılan durumlardır. Bu olay daha çok otonomisini kaybettiğini düşünen eğitim düzeyi yüksek KBY hastalarında daha yaygın görülen bir durumdur. Bu durum, hastalıkla ilgili içgörü sahibi olmamış, diyalize yeni başlayan, yaşı genç olan hastalarda görülmekte, ailedeki bakım vericileri de etkilemektedir. Çünkü hasta yakınları da hastanın bu kaygılarını azaltmaya

yardımcı olmaya çalışırken; tükenmişlik yaşayabilmektedir. Hatta bu anlamda diyaliz partneri artık hastanın bağımsızlık duygusunu tekrar eline vermeye çalışan bir öğretmen görevi yapabilmektedir. Bu durum özellikle aile içi rollerin değişimine de zemin hazırlamaktadır.

Yaşanan bir başka sıkıntı da hastaların ilaç kullanımları ile diyet ve sıvı alınımıyla ilgili sorunlardır. Bu konuda özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde regrese kişilikler daha fazla gözlenmektedir. Hasta diyet ve sıvı konusunda kısıtlamalar yapmamakta ve hasta yakını da hastaya bunu her defasında dikte etmektedir. Hasta açısından bu bağımsızlığının elinden alınmasını ve otonomisini kaybetmesine zemin hazırlayarak, hastanın regrese kişiliğe sahip olmasına neden olabilir.

KBY hastaları, hastalık süreci ilerledikçe, gerek sağlık çalışanları, gerekse, diyaliz deneyimi olan hastalardan öğrendikleri doğrultusunda, transplantasyonu çok istemektedirler. Hasta, eski yaşantısına dönmek istese de transplantasyon için zor aşamalardan geçmek zorundadır. Transplantasyon deyince, tüm aile fertleri hastaya böbreğini vermek ister. Özellikle anne-babalar çocuklarına böbrek verme taraftarıdır. Hasta için de anne- babadan böbreğin alınması daha doğru olmaktadır. Çünkü; anne-babaların ömür beklentileri nispeten daha kısa olduğundan, hem psişik yönden donörü, hem de hastayı rahatlatan bir durum olup, donör için, gelişebilecek komplikasyonları tolere edebilecek güce sahip olurlar. Dolayısıyla bu durum hastayı da rahatlatır. Özellikle, 30 yaşından küçük aile bireylerinin hastaya böbrek verirken düşünceleri gerekliliği savunulmakta ve bunun hastaya da bir yük ifadesi olarak geri döndüğü, kendini suçlu hissettiği gözlenmektedir. Ayrıca aile içinden uygun bir donörün olmaması ile bu süreci hızlandırmak hasta ve hasta yakınının beklemesi, bu arada geçen zaman ve yapılan tetkikler bu aşamada karşılaşılan güçlüklerdir (42).

4.2.2.2. Diyaliz Hastalarında Tedavi Sürecine Ailenin Katkısı

İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde bireye her yönden yarar sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan “sosyal destek sistemleri” olarak tanımlanır. Kişilerin istediği sosyal destek kimi zaman borç para yada günlük işlere yardım gibi maddi destek, kimi zaman rahatlatma, sevgi yada kendine hak verilmesi, kimi zamanda sorunların çözülmesi için öğüt almaktır. KBY gibi kronik bir

hastalığa sahip olmak ailesel ve sosyal ilişkilerde bir dezavantaj yaratarak sosyal ağ büyüklüğünde azalmaya neden olabilir (34, 33).

Sosyal destekle ilgili yapılan bir çalışmada; % 55,3 oranla eşler, % 21,4 oranla anne, % 8,9 oranla çocuklar birinci sırada bulunur. Listenin ikinci sırasında ise; % 50 oranla çocuklar ilk sırada yer alırken, % 21,1 oranla baba ve % 13,4 oranla anne yer almaktadır. Ağ listesinin üçüncü sırasında % 40,4 ile çocuklar, % 23,4 oranla kardeş ve % 8,5 oranla doktor sıralanmaktadır (13).

Kronik hastalıkların tedavi edilmesi, temel olarak hastanın bir dizi kendine güven faktörünün gelişmesine bağlıdır. Bu anlamda hastalığı yaşayan bireye verilen destek; hastalığın daha kolay kabullenilmesi anlamında önemlidir. Kronik hastalığı olan bireyler, belirli bir sorumluluk altında olan kişilerdir ve her türlü uygulamanın sağlıkları üzerinde etkili olacağını bilirler. Bu nedenle “hastanın tedaviye katılması” çok önemlidir Hemşire; hastanın tedaviye katılımını sağlamak amacıyla, her hastayı kişisel özellikleriyle değerlendirilmeli, bütüncül yaklaşmalı ve sosyal destek olarak kesinlikle en etkili kim varsa (genelde aile) tedavi sürecine katmalıdır.

Bazı aileler hastalık sürecini zor kabul etmekte; uyum bozuklukları, psikosomatik rahatsızlıklar, olayları gerçekçi şekilde görememe, aile çatışmaları, öfke, depresyon, suçluluk, suçlanma, sosyal izolasyon, düşük benlik saygısı gibi sorunlar yaşamaktadır. Bu nedenle hasta yakınlarının tedaviye uyumsuzlukları, hastanın ruhsal durumunu da etkileyen, aile bütünlüğünü bozan faktörlere neden olacaktır (52,50).

Tüm renal replasman tedavilerinde; hasta ve dolayısıyla aile yaşamsal bir kriz yaşamaktadır. Yeni duruma adaptasyon süreci oldukça sıkıntılı olmaktadır. Örneğin; periton diyalizi hastaları, aktif rolleri nedeniyle tedavi sorumluluğunu paylaşmak zorundadır. Periton diyalizi hastasının tedaviye katılması, bunu hastane dışında ve kendi ortamında sürdürdüğü için kendi otonomisini sağlaması amacıyla da önemlidir. Hasta-Aile-Sağlık çalışanları bir ekiptir ve bu ekibin hastanın motivasyonu üzerinde fazlasıyla etkisi vardır. Özellikle üyelerinin fiziksel kapasite açısından hastaya ‘sen bunu yapabilirsin’ ‘bunu başarabilirsin’ şeklinde destekleyici konuşmalar yapması, sürekli ve güçlü bir şekilde yapılan destekleme ve teşvik özgüveninin artmasına neden olacaktır (50).

Hemodiyaliz hastalarının en büyük sorunlarından bir diyet ve seans aralarındaki sıvı alımlarıdır. Hasta ailesi ve tedavi ekibi bazen, hastayı uyarırken, hastanın geçmişini göz ardı ederek, regrese kişiliğe büründürerek müdahale etmektedir. Bu yanlış bir durum olup, hastanın kişiliği göz ardı edilmiş bile olabilir. Hemodiyaliz merkezinde hekim ve hemşirelerin hatta bazen yardımcı personelin söylemleri, evde ise hastayla yaşayan kişilerin baskıları, hastayı rahatsız etmektedir.

Bu nedenle hastanın daha önceki yaşamsal örüntülerini gözden geçirerek, hastaya bu doğrultuda yaklaşılmalıdır. Hasta yakınları da bu konuda eğitimler verilmeli ve desteklenmelidir.

4.2.3. Hemşirenin Hasta Ailesini Değerlendirmesi ve Hemşirelik Yaklaşımları

Hemşirelik; bireyin kendi bakımını yerine getirir hale gelinceye kadar yardımcı olmak ve en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini, gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm süreçlerde yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır. Hemşireler, hastaların fiziksel ve ruhsal iyilik halinin devamından sorumlu olan, hastalara bilgi sağlama ve danışmanlık yapmada, iletişim sağlamada profesyonel bir yaklaşımla hasta ve ailesinin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamlarına uyumlarında önemli bir role sahip kişilerdir. Hemşireler; hasta ve ailesi ile iletişim kurarak onların hastalık sürecindeki deneyimlerini paylaşmalı, toplantılar düzenlemelidir. Hasta ve ailelere destek vermeli, kronik hastalık sürecine adapte edebilmeli ve yaşamın bu süreçte de mutlu ve sağlıklı geçirileceğini anlatmalıdır (29,67).

Aslında geleneksel “iş merkezli” uygulamalarda hemşirelik insan-çevre- sağlık-hemşirelik kavramları üzerine kurulmasına rağmen, hala geleneksel hemşirelik yaklaşımı devam etmektedir. Tüm hemşirelik uygulamaları “hasta” ve “hasta birey”in üzerine toplanmış olup, biyopsikososyal yön eksik kalmaktadır (38,51). Gerçekte, aile ve toplum yapısını ve aile sistemi içinde ‘hastalığın’ anlamını kavramadan, bir hastalığın oluşum ve gelişim sürecini anlamak ve etkili çözüm önerileri üretmek zor görülmektedir. Hemşirelik mesleği, tüm klinik uygulama alanlarında; ailelerle karşılaşarak, iletişim kurarak, hasta ve aileye yardımda bulunurlar. Her ne kadar

yapılanlar standardize edilmese de, temel aile ilkelerini ve aileyi öğrenme bütün hemşirelik uygulamalarında etkinliği arttırır (38,51).

KBY'yi deneyimleyen veya risk altında olan hasta ve aileler kişisel sağlık gereksinimleri üzerine odaklanılmalı, hem periton diyalizi, hem de hemodiyaliz hastalarının morbiditesini azaltmayı amaçlamalı ve bununla birlikte; sosyal çevrenin özellikle de ailenin göz ardı edilemeyeceği bilinmelidir (24,37).

Hemşirenin, diyaliz hastalarına sunacağı destek, hasta bireyin ve ailesinin güçlenmesinde ve sorunlarla baş etmelerinde önemli rol oynamaktadır. Diyalizi uygulayan hekim değil, hemşiredir. Hemşirelik girişimlerinde amaç; bireyin etkili baş etme düzeyine ulaşması için yardım etmektir. Hemşire her hastaya, dolayısıyla hasta ile yaşayan bireylere mümkün olduğunca normale yakın yaşam olasılığı sağlamalıdır. Bu nedenle hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarına diyalizin psikososyal yönü de katılmalıdır (6,52).

Tedavi, işlem, günlük yaşam işlevleri ve sorunlar hakkında hastayı bilgilendirmek, hastanın kendi kontrolünü yeniden kazanmasına yardım etmek, hasta personel uyumunu sağlamaya yönelik programlar düzenlemek, aile üyelerini tedavi programına katmak ve psikiyatrik sorunların giderilmesini sağlamak hastaların tedaviye uyumsuzluklarının giderilmesinde uygulanması gereken yaklaşımlardır (6).

Hemşire; hasta ve ailesini sağlık ekibinin bir üyesi olarak kabul ederek;

- Aile destek grupları ve grup toplantılarında hasta ve ailenin stres faktörleri ve stresle nasıl baş edeceği konusunda konuşmalı, hasta bakımı ile ilgili bilgilendirmeli,
- Hasta destek gruplarında duygu dışavurumu ve sorunların dile getirildiği, uygun çözüm yollarının üretildiği bir ortam yaratmalı,
- Tüm aile üyelerini kapsayan toplantılar düzenlenerek, aile üyelerinin duygu, düşünce ve beklentilerini paylaşmaları desteklenmeli,
- Hastanın ve ailenin güçlü yönleri belirlenerek desteklenmeli (böylece hasta ve ailesinin toplumdan kaçarak durumuyla baş etme yolunu kullanması engellenebilir)

- Hemşire özellikle sosyal çalışmacı desteği ile KBY olan hasta ve ailesinin ilgili dernekler aracılığıyla sosyal ve ekonomik destek sağlayıcı etkinlikleri gerçekleştirmelidir.
- Hastanın destek grupları ile veya kendine model oluşturabileceği yaşına uygun, benzer hastalık deneyimleri olan kişi ile tanıştırılması ve ailenin de bu program içine alınarak aile destek grupları oluşturulması gerekmektedir.
- Hastanın hastalığıyla ve bakım gereksinimleri ile ilgili bilgileri,, broşür, video gibi materyallerle eğitim verilmelidir. Bu materyaller, aile üyelerinin anlayacağı düzeyde ve açık bir dilde olmalıdır (50,20).

Hemşire psikososyal anlamda hastaya destek verirken; hastayı ailesinden ayrı bir birey olarak düşünmemeli, hasta ve ailesi hakkında değerlendirme yapmalıdır. Ailenin hastaya desteği nasıl? Aile bireylerinin hastayla ve birbiriyle iletişimi nasıl? Açık iletişim kuruyorlar mı? Birbirlerinin duygu ve düşüncelerine saygı duyuyorlar mı? gibi konularda bilgi alınmalıdır (50,52).

Bu anlamda hemşire; hasta ve aileyi doğru tanıyarak, hasta ve ailesi arasındaki iletişimin gözlenmesi, hastanın aile içindeki rolü ve sorumluluklarına, aile üyeleriyle ilişkilerinin gücüne ve niteliğine ilişkin ip ucu verebilir. Bu durumda; diyaliz ünitelerinde işlev görecektir konsültasyon ve liyezon hemşiresinin önemi daha fazla ortaya çıkmaktadır. Konsültasyon anlamında; ilk olarak, fiziksel hastalığa normal ve patolojik tepkileri, hastalık davranışını ve tedaviye karşı tutumu, psikososyal uyumu tanımayı ve görüşme becerilerini içerir. İkinci olarak spesifik alanlarda, danışmanlık becerisini, problem çözme, destekleyici, psikoterapi ve cesaretlendirme gibi becerileri içerir. Üçüncü olarak bilişsel ve davranışçı terapi gibi psikolojik müdahaleleri, aileye direkt müdahaleyi ve eğitimi içerir. Hasta odaklı yapılan çalışmalarda; konsültan hemşire çalışır. hasta, hastanın ailesi, çevresi veya bakım verici ile çalışır. Hem de hastanın yaşam kalitesini (fiziksel ve ruhsal düzeyde) aile ve bakım vericilerden yardım alarak hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesine yardımcı olur (6,50,52).

Liyezon anlamında ise; birincil, ikincil, üçüncül tedavi hizmetinin tümünde işlev görmek, hastaya teraöpotik bir ortam ve tedavi ekibiyle işbirliği sağlamak, beklemek yerine vaka bulmaya katılmak, hastanın olduğu kadar, diğer bakım verenlerin de durumuna odaklanmak, fiziksel hastalığa sahip hastalara bakım veren hemşirelerin,

hastaların psikolojik gereksinimlerini daha iyi ele alabilmeleri için bilgi ve beceriyi arttırmaya yönelik eğitim programları düzenlemektir (25).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı alan hastaların ailelerinin değerlendirilmesi ile yaşadıkları sorun ve gereksinimleri ve bu sürecin aileyi ne düzeyde etkilediğini belirlemek için tanımlayıcı olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

5.1. Araştırmanın Uygulama Alanı ve Zamanı

Araştırma İstanbul ilinde bulunan özel bir diyaliz merkezinde, Ocak 2007- Nisan 2007 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya başlamadan önce ilgili kurumdan yasal ve etik izinler alınmıştır (Ek- 3).

5.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde bir diyaliz merkezinin yedi ünitesinde bulunan, KBY tanısı almış tüm hasta ve aileleri oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise; yine aynı hemodiyaliz merkezine gelen, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, istatistiksel olarak evreni temsil edebilme yeteneğine sahip 118 KBY tanısı almış hastaların yakınları oluşturmuştur.

5.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri

Hasta Yakınları İçin Aranılan Koşullar:

- 1.KBY tanısı almış hasta bireylerle yaşıyor olmak
2. Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmamak
- 3.Çalışmaya katılmayı kabul etmek

5.5. Veri Toplama Araçları

KBY tanısı alan hasta ve hasta ailelerinin sosyodemografik özelliklerinin elde edilmesine yönelik “Bilgi Formu”, KBY tanısı alan hastanın ailesinin değerlendirilmesi için “Aile Değerlendirme Ölçeği” (ADÖ) kullanılması kullanılmıştır.

Bilgi formu ve ölçekler yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır.

Bilgi formu araştırmacı tarafından literatüre dayandırılarak oluşturulmuş ve uzman görüşüne sunulmuştur. Bilgi formunun birinci kısımda; hastanın yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, sosyal güvencesi gibi sosyodemografik değişkenler, ikinci kısımda ise; hasta yakınının yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, sosyal güvencesi, hasta ve hastalık süreciyle ilgili duygusal tepkileri, tedaviye bakışlarını ve tedavi ekibine olan güvenini değerlendirmeyi amaçlayan sorular yer almakta olup; bilgi formu toplam 27 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

Aile Değerlendirme Ölçeği (Family Assesment Device), Ebstein ve ark.’ları (1983) tarafından geliştirilmiş olup Mc Master Aile İşlevleri modelinin klinik olarak aileler üzerine uygulanması ile elde edilmiştir. Aile Değerlendirme Ölçeğinin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dr. Işıl Bulut tarafından yapılmıştır. Ölçek, yedi alt ölçekten oluşmakta olup toplam altmış madde vardır. Aile Değerlendirme Ölçeği boyutları; problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevleri içerir. ADÖ’ye ait oluşturulan ve 118 kişiye uygulanan 60 soruluk ölçeğin geçerlilik güvenilirlik değerlendirmesi sonucu elde edilen Cronbach’s alpha katsayısı 0.8849 bulunmuş olup, anket geçerli ve güvenilir bulunmuştur. ADÖ toplam puanı 82 ile 164 arasında değişmekte olup ortalama puan 118.68 ± 23.11 ’dir. ADÖ toplam puan ortalamalarının yüksek olması, çalışma kapsamındaki hasta yakınlarının aile işlevlerinin olumsuz olduğunu; ADÖ toplam puan ortalamalarının düşük çıkması aile işlevlerinin olumlu etkilendiğini göstermektedir (Ek-2).

5.6. Çalışmanın Varsayımı

KBY tanısı alan hasta kadar, hasta yakınları da hastalık sürecinde sorunlar yaşamaktadırlar. Yaşanan bu sorunlar, ailenin sosyodemografik özelliklerine göre

değişkenlik göstermekte olduğu, sosyodemografik düzeyi düşük ailelerin hastalık sürecinden olumsuz etkilendiği düşünülmüştür.

5.7. Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışma özel bir diyaliz merkezinin İstanbul'da bulunan yedi ünitesinde yapılmış olup, çalışma sırasında hemodiyaliz tedavisine gelen hasta yakınlarına anketler karşılıklı görüşme yolu ile uygulanmıştır. Gerek Bilgi Formu, gerekse Aile Değerlendirme Ölçeği'ne yanıtlama süresi yaklaşık 30-35dk süre ayarlanmış, fakat; bazen bu süre uzamıştır. Bunun nedenleri;

- Anketlerin uygulama zamanının çalışma saatleri içerisinde olması,
- Anketler uygulanırken, fiziksel ortamın çok uygun olmaması. Bazen, hasta dinlenme salonunda yapılıyor olması,
- Hasta yakınlarının, yapılan görüşmelerde, anketleri diyaliz merkezinin sorunlarıyla ilgili algılamaları ve buna göre, merkezle ilgili şikayetlerini de dile getirmek istemeleri,
- Hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri nedeniyle, soruları cevaplandırma sürelerinin uzaması,
- Hasta yakınlarının, anket ve ölçek sorularını fazla bulmalarından kaynaklanan sıkıntılar.

5.8.Verilerin Toplanması

Bilgi Formu, diyaliz merkezinden yazılı izinler alınarak, belirtilen tarihler arasında İstanbul il sınırları içinde bulunan yedi diyaliz ünitesinde KBY tanısı alan hasta yakınlarından sözel izinler alınarak araştırmacı tarafından birebir görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Sosyodemografik özelliklere yönelik bilgi formu ve Aile Değerlendirme Ölçeği için ayrılan zaman ortalama 30-35 dk.'dır.

5.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin ikiden fazla gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında student t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Ölçeklerin geçerlilik güvenilirlik analizi Reliability Analizi ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

6.BULGULAR

Çalışma Ocak-Nisan 2007 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan özel bir diyaliz merkezinde tedavi gören 118 hasta ve yakını ile gerçekleştirilmiştir. Hasta ve ailelere ilişkin sosyodemografik özellikler ile ilgili veriler tablolar halinde gösterilmiş ve diğer değişkenlerle karşılaştırılmıştır. Bulgular; birinci bölümde, hasta ve hasta yakınıyla ilgili sosyodemografik özelliklerin dağılımı, ikinci bölümde, hasta yakınlarının hastalıkla ilgili duygu, düşünce ve görüşleri, üçüncü bölümde ise, Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve aile işlevlerinin değerlendirilmesi olmak üzere üç bölüm halinde incelenerek, tüm veriler tablolar halinde gösterilmiştir.

1.Bölüm: Hasta ve Hasta Yakınlarıyla ilgili sosyodemografik özelliklerin dağılımı

Tablo 1: Hastalara İlişkin Bulguların Dağılımı

		Min-Max	Ort±SD
Yaş		14-83	54,46±15,17
Tedavi görme süresi (yıl)		1 ay-21 yıl	4,59±4,22
		n (118)	%
Cinsiyet	Kadın	60	50,8
	Erkek	58	49,2
Medeni Durum	Evli	88	74,6
	Bekar	10	8,5
	Eşi ölmüş	20	16,9
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	23	19,5
	Okur-yazar	16	13,6
	İlkokul	44	37,3
	Ortaokul	14	11,9
	Lise	14	11,9
	Üniversite	7	5,9
Çalışma Durumu	Çalışan	5	4,2
	Çalışmayan	63	53,4
	Emekli	50	42,4
Sosyal Güvence	Yok	2	1,7
	SSK	62	52,5
	Emekli sandığı	22	18,6
	Bağ-Kur	29	24,6
	Diğer	3	2,5
İkinci Bir Hastalık Varlığı	Diabetes Mellitus	33	28,0
	Hipertansiyon	27	22,9
	Hepatit C	14	11,9
	Diğer	17	14,4
	Yok		

Tablo 1’de görüldüğü gibi hastalara ilişkin sosyodemografik özelliklere bakıldığında, hastaların yaş ortalamaları 54,46±15,17’dir.

Hastaların tedavi görme süreleri 1 ay ile 21 yıl arasında değişmekte olup; ortalama tedavi süresi 4,59±4,22 yıldır.

Hastaların % 50,8’i kadın ve % 49,2’si erkek olup, % 74,6’sı evli, % 8,5’i bekar ve % 16,9’unun eşi ölmüştür.

Hastaların % 19,5'i okur-yazar değilken; % 13,6'sı okur-yazar, % 37,3'ü ilkökul mezunu, % 11,9'u ortaokul mezunu, % 11,9'u lise mezunu ve % 5,9'u üniversite mezunudur.

Hastaların % 4,2'si çalışmakta, % 53,4'ü çalışmamakta ve % 42,4'ü emeklidir.

Hastaların % 52,5'i SSK, % 18,6'sı Emekli Sandığı, % 24,6'sı Bağ-Kur ve % 2,5'i diğer sosyal güvencelere sahipken; % 1,7'sinin sosyal güvencesi yoktur.

Hastalarda kronik böbrek yetmezliği dışında ikinci bir hastalık varlığının dağılımına baktığımızda; % 28'inde diabetes mellitus, % 22,9'unda hipertansiyon, % 11,9'unda hepatit C ve % 14,4'ünde diğer hastalıklar görülmüştür.

Tablo 2: Hasta Yakınlarına İlişkin Bulguların Dağılımı

Hasta Yakınlarıyla ilgili Bulgular		Min-Max	Ort±SD
Yaş		14-77	42,91±14,42
		n=118	%
Eğitim Durumu	Okur-yazar ve altı	18	15,3
	İlkokul	49	41,5
	Ortaokul	18	15,3
	Lise	22	18,6
	Üniversite	11	9,3
Medeni Durum	Evli	91	77,2
	Bekar	24	20,3
	Eşi ölmüş	3	2,5
Çalışma Durumu	Çalışıyor	30	25,4
	Çalışmıyor	64	54,2
	Emekli	24	20,3
Sosyal Güvence	Yok	22	18,6
	SSK	13	11,0
	Emekli sandığı	62	52,5
	Bağ-Kur	21	17,8
Ekonomik Durum	Yeterli	42	35,6
	Yetersiz	16	13,6
	Kısmen yeterli	60	50,8
Aile Yapısı	Çekirdek aile	83	70,3
	Geniş aile	35	29,7
Herhangi Hastalık Varlığı	Var	33	28,0
	Yok	85	72,0
Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hastanın Yakınlık Derecesi	Anne	34	28,8
	Baba	9	7,6
	Eş	61	51,7
	Çocuklar	7	5,9
	Kardeş	4	3,4
	Diğer	3	2,5
Ailede Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Almış Başka Birey Varlığı	Evet	15	12,7
	Hayır	103	87,3

Tablo 2’de hasta yakınlarına ilişkin bulguların dağılımına bakıldığında; hasta yakınlarının yaş ortalaması 42,91±14,42’dir.

Hasta yakınlarının % 15,3’ü okur-yazar iken; % 41,5’i ilkokul mezunu, % 15,3’ü ortaokul mezunu, % 18,6’sı lise mezunu ve % 9,3’ü üniversite mezunudur.

Hasta yakınlarının % 77,2'si evli iken; % 20,3'ü bekar ve % 2,5'inin eşi ölmüştür.

% 25,4'ü çalışırken; % 54,2'si çalışmıyor ve % 20,3'ü emekli olup, % 18,6'sının herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamakta ; %52,5'i Emekli Sandığı, % 11'i SSK ve %17,8'i Bağ-kur'ludur.

Hasta yakınlarının % 35,6'sı ekonomik durumunu yeterli olarak tanımlarken, % 13,6'sı yetersiz ve % 50,8'i kısmen yeterli olarak tanımlamıştır.

Hasta yakınlarının % 70,3'ü çekirdek aileye ve % 29,7'si geniş aileye sahip olup;

%72'si herhangi bir hastalığa sahip olmadığını; % 28'inde bir hastalık olduğu belirtilmiştir.

Hasta yakınları % 28,8'inin annesinin, % 7,6'sının babasının, %51,7'si eşinin, % 5,9'unun çocuklarının, % 3,4'ünün kardeş ve %2,5'inin diğer yakınlarının kronik böbrek yetmezliği tanısı aldığını ifade etmişlerdir.

Hasta yakınlarının % 12,7'sinin ailesinde kronik böbrek yetmezliği tanısı almış başka bireyler de bulunmaktadır.

2.Bölüm: Hasta Yakınlarının hastalıkla ilgili duygu, düşünce ve görüşleri

Tablo 3:Hasta Yakınlarının Hastalıkla ilgili Duygu ve Düşüncelerine Ait Bulguların dağılımı

Hastalıkla İlgili Duygu Düşünceler	n=118	%	
Hastalık Öğrenildiğinde Hissedilenler	Üzüntü	105	89,0
	Korku	59	50,0
	Kaygı	56	47,5
	Suçluluk	8	6,8
	Kabullenememe	29	24,6
	Umutsuzluğa kapılma	41	34,7
	İçine kapanma	20	16,9
	Diğer	9	7,6
Kronik Böbrek Yetmezliği Hastasıyla Yaşıyor Olmanın Neden Olduğu Sorunlar	Sosyal ilişkide değişiklik	40	33,9
	Ümitsizlik/belirsizlik	50	42,4
	Aile içi rollerde değişim	40	33,9
	Hastanın tedaviye uyumuyla ilgili sorunlar	58	49,2
	Ekonomik sorunlar	49	41,5
	Diğer	4	3,4
Durumu Kabullenme	Evet	107	90,7
	Hayır	11	9,3
Aile İçi İlişkiler	Birbirimizin fikirlerine saygı duyarız	69	58,5
	Birbirimize destek oluruz	88	74,6
	Sık sık tartışırız	14	11,9
	Hiç geçinemeyiz	5	4,2
	Hiç konuşamayız	7	5,9
	Diğer	2	1,7
Şu Anda Hastanın Durumu İle İlgili Hissedilenler	Çok üzülüyorum	82	69,5
	Kaygı duyuyorum	27	22,9
	Normal karşılıyorum	38	32,2
	Kabullenemiyorum	9	7,6
	Suçluluk duyuyorum	4	3,4
Ailede Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Bireyin Olmasının Aile İlişkilerine Etkisi	Güçlendi	46	39,0
	Etkilenmedi	25	21,2
	Kısmen etkilendi	28	23,7
	Bozuldu	19	16,1
Diğer Aile Bireyleriyle Hastanın Sorumluluklarını Paylaşılması	Evet	79	66,9
	Hayır	14	11,9
	Kısmen	25	21,2
Kronik Böbrek Yetmezliği İle İlgili Bilgi Almak İstenen Kişi	Bilgim var	16	13,6
	Doktor	100	84,7
	Hemşire	14	11,9
Tedavi Ekibinden Beklentiler	Hijyenik Ortam sağlama	7	5,9
	İlgi-Hoşgörü	78	66,1
	Bakım-Tedavi	56	47,5
	Bilgilendirme	19	16,1
	Organ nakli için destek	8	6,8
	Psikolojik destek	5	4,2

Hasta yakınlarının % 89'u hastalık öğrenildiğinde üzüntü hissettiğini ifade ederken; % 50'si korku, % 47,5'i kaygı, % 6,8'i suçluluk, % 24,6'sı kabullenememe, % 34,7'si umutsuzluğa kapılma, % 16,9'u içine kapanma ve % 7,6'sı diğer duyguları hissettiğini ifade etmiştir. Kronik Böbrek Yetmezliği hastasıyla yaşıyor olmanın neden olduğu sorunlara bakıldığında; hasta yakınlarının % 33,9'u sosyal ilişkide değişiklik, % 42,4'ü ümitsizlik/belirsizlik, % 33,9'u aile içi rollerde değişim, % 49,2'si hastanın tedaviye uyumuyla ilgili sorunlar, % 41,5'i ekonomik sorunlar ve % 3,4'ü diğer sorunlar şeklinde ifade etmişlerdir.

Hasta yakınlarının % 90,7'si bu durumu kabullendiklerini ifade ederken; % 9,3'ü bu durumu kabullenmediklerini belirtmişlerdir.

Hasta yakınlarının % 58,5'i aile içinde birbirlerinin fikirlerine saygı duyduklarını ifade ederken; % 74,6'sı birbirlerine destek olduklarını, % 11,9 'u sık sık tartıştıkları, % 4,2'si hiç geçinemediklerini, % 5,9'u konuşamadıklarını ifade etmişlerdir.

“Hastanın durumuyla ilgili hissedilenler” sorgulandığında yakınlarının % 69,5'i üzüldüklerini, % 22,9'u kaygı duyduklarını, % 32,2'si normal karşıladıklarını, % 7,6'sı kabullenemediklerini ve % 3,4'ü suçluluk duyduklarını ifade etmişlerdir.

“Ailede KBY tanısı alan bireyin olmasının aile ilişkilerine etkisi incelendiğinde, hasta yakınlarının % 39'u ilişkilerinin güçlendiğini, % 21,2'si etkilenmediklerini ve % 16,1'i bozulduğunu belirtmişlerdir.

Hasta yakınlarının % 3,6'sı KBY ile ilgili bilgisi olduğunu ifade ederken, % 84,7'si bu konuda doktordan ve % 11,9'u ise hemşirelerden bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir.

“Tedavi ekibinden beklentiler” sorgulandığında, hasta yakınlarının % 5,9'u hijyenik ortam yanıtını verirken, % 66,1'i ilgi-hoşgörü, % 47,5'i bakım-tedavi, % 16,1'i bilgilendirme, % 6,8'i organ nakli için destek ve % 4,2'sinin psikolojik destek yanıtını verdikleri belirlenmiştir.

3. Bölüm: Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi

Tablo 4:Aile Değerlendirme Ölçeği ile ilgili Bulguların Dağılımı

Aile İşlevleri	Aynen Katılıyor (%)	Büyük Ölçüde Katılıyor (%)	Biraz Katılıyor (%)	Hiç Katılmıyorum (%)
1 Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız	22 (%18,6)	15 (%12,7)	25 (%21,2)	56 (%47,5)
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz	73 (%61,9)	28 (%23,7)	11 (%9,3)	6 (%5,1)
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	61 (%51,7)	28 (%23,7)	22 (%18,6)	7 (%5,9)
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getiremezler	18 (%15,3)	13 (%11,0)	34 (%28,8)	53 (%44,9)
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler	68 (%57,6)	34 (%28,8)	15 (%12,7)	1 (%0,8)
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz	81 (%68,6)	26 (%22,0)	7 (%5,9)	4 (%3,4)
7. Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız	31 (%26,3)	21 (%17,8)	36 (%30,5)	30 (%25,4)
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız	20 (%16,9)	11 (%9,3)	32 (%27,1)	55 (%46,6)
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmadan kaçınırız	26 (%22,0)	8 (%6,8)	38 (%32,2)	46 (%39,0)
10. Gerekliğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız	69 (%58,5)	19 (%16,1)	16 (%13,6)	14 (%11,9)
11. Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz	14 (%11,9)	10 (%8,5)	35 (%29,7)	59 (%50,0)
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız	76 (%64,4)	22 (%18,6)	13 (%11,0)	7 (%5,9)
13. Bizim evdekiler ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler	33 (%28,0)	9 (%7,6)	23 (%19,5)	53 (%44,9)
14. Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	28 (%23,7)	10 (%8,5)	22 (%18,6)	58 (%49,2)
15. Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur	47 (%39,8)	15 (%12,7)	19 (%16,1)	37 (%31,4)
16. Ailemizin üyeleri, birbirine hoşgörülü davranırlar	58 (%49,2)	31 (%26,3)	23 (%19,5)	5 (%4,2)
17. Evde herkes başına buyruktur	19 (%16,1)	5 (%4,2)	19 (%16,1)	75 (%63,6)
18. Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler	66 (%55,9)	18 (%15,3)	25 (%21,2)	9 (%7,6)
19. Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz	49 (%41,5)	16 (%13,6)	30 (%25,4)	23 (%19,5)
20. Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz	60 (%50,8)	23 (%19,5)	22 (%18,6)	13 (%11,0)
21. Ailecek korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	34 (%28,8)	13 (%11,0)	25 (%21,2)	46 (%39,0)

22. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz	24 (%20,3)	14 (%11,9)	26 (%22,0)	54 (%45,8)
23. Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor	38 (%32,2)	17 (%14,4)	36 (%30,5)	27 (%22,9)
24. Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	57 (%48,3)	16 (%13,6)	32 (%27,1)	13 (%11,0)
25. Bizim ailede herkes kendini düşünür	12 (%10,2)	7 (%5,9)	18 (%15,3)	81 (%68,6)
26. Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz	66 (%55,9)	19 (%16,1)	23 (%19,5)	10 (%8,5)
27. Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz	10 (%8,5)	9 (%7,6)	8 (%6,8)	91 (%77,1)
28. Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz	14 (%11,9)	10 (%8,5)	22 (%18,6)	72 (%61,0)
29. Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir	57 (%48,3)	17 (%14,4)	26 (%22,0)	18 (%15,3)
30. Ailemizde her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	69 (%58,5)	18 (%15,3)	23 (%19,5)	8 (%6,8)
31. Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz	6 (%5,1)	12 (%10,2)	27 (%22,9)	73 (%61,9)
32. Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	38 (%32,2)	15 (%12,7)	41 (%34,7)	24 (%20,3)
33. Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız	60 (%50,8)	23 (%19,5)	20 (%16,9)	15 (%12,7)
34. Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz	26 (%22,0)	6 (%5,1)	40 (%33,9)	46 (%39,0)
35. Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	22 (%18,6)	12 (%10,2)	26 (%22,0)	58 (%49,2)
36. Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	72 (%61,0)	19 (%16,1)	15 (%12,7)	12 (%10,2)
37. Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz	10 (%8,5)	11 (%9,3)	15 (%12,7)	82 (%69,5)
38. Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz	75 (%63,6)	23 (%19,5)	13 (%11,0)	7 (%5,9)
39. Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır	19 (%16,1)	14 (%11,9)	14 (%11,9)	71 (%60,2)
40. Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız	40 (%33,9)	13 (%11,0)	27 (%22,9)	38 (%32,2)
41. Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur	21 (%17,8)	8 (%6,8)	29 (%24,6)	60 (%50,8)
42. Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir	18 (%15,3)	6 (%5,1)	8 (%6,8)	86 (%72,9)
43. Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	83 (%70,3)	13 (%11,0)	17 (%14,4)	5 (%4,2)
44. Ailemizde hiçbir kural yoktur	40 (%33,9)	7 (%5,9)	15 (%12,7)	56 (%47,5)
45. Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir	46 (%39,0)	15 (%12,7)	31 (%26,3)	26 (%22,0)
46. Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz	65 (%55,1)	23 (%19,5)	27 (%22,9)	3 (%2,5)
47. Evde kurarlara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz	46 (%39,0)	6 (%5,1)	21 (%17,8)	45 (%38,1)
48. Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir	27 (%22,9)	8 (%6,8)	18 (%15,3)	65 (%55,1)

49. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz	73 (%61,9)	21 (%17,8)	20 (%16,9)	4 (%3,4)
50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz	68 (%57,6)	21 (%17,8)	24 (%20,3)	5 (%4,2)
51. Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz	8 (%6,8)	9 (%7,6)	22 (%18,6)	79 (%66,9)
52. Sinirlenince birbirimize küseriz	16 (%13,6)	13 (%11,0)	45 (%38,1)	44 (%37,3)
53. Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez	23 (%19,5)	8 (%6,8)	22 (%18,6)	65 (%55,1)
54. Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz	30 (%25,4)	15 (%12,7)	41 (%34,7)	32 (%27,1)
55. Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	53 (%44,9)	19 (%16,1)	30 (%25,4)	16 (%13,6)
56. Aile içinde birbirimize güveniriz	82 (%69,5)	22 (%18,6)	12 (%10,2)	2 (%1,7)
57. Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz	47 (%39,8)	26 (%22,0)	25 (%21,2)	20 (%16,9)
58. İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz	25 (%21,2)	10 (%8,5)	28 (%23,7)	55 (%46,6)
59. Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz	75 (%63,6)	20 (%16,9)	14 (%11,9)	9 (%7,6)
60. Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	81 (%68,6)	19 (%16,1)	15 (%12,7)	3 (%2,5)

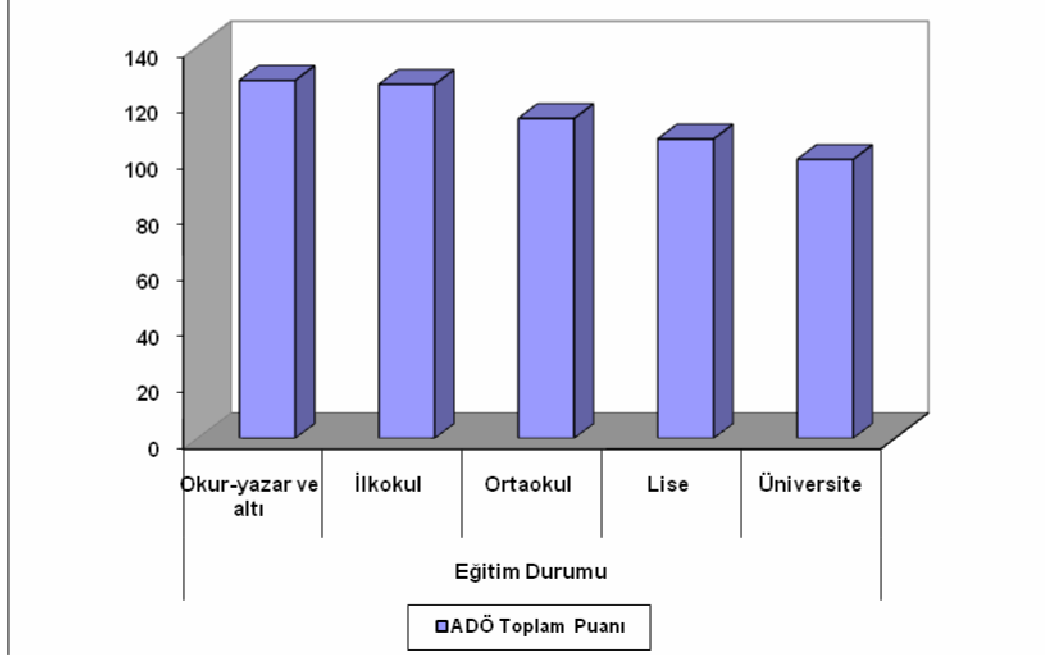
Tablo 5:Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Demografik Özellikleri		ADÖ Toplam Puanı		Test ist.; p
		n=118	Ort±SD	
Eğitim Durumu	Okur-yazar ve altı	18	127,89±21,13	F:6,606 p:0,001**
	İlkokul	49	126,45±21,86	
	Ortaokul	18	114,28±18,95	
	Lise	22	106,95±24,24	
	Üniversite	11	99,65±13,01	
Medeni Durum	Evli	91	118,12±22,61	KW:0,675 p:0,714
	Bekar	24	119,50±25,56	
	Eşi ölmüş	3	129,00±23,39	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	30	115,37±22,20	F:4,306 p:0,016*
	Çalışmıyor	64	123,89±22,30	
	Emekli	24	108,92±23,33	
Sosyal Güvence	Yok	22	123,36±20,93	F:0,662 p:0,577
	SSK	13	117,15±28,51	
	Emekli sandığı	62	119,06±23,38	
	Bağ-Kur	21	113,57±21,37	
Ekonomik Durum	Yeterli	42	108,93±20,14	F:7,559 p:0,001**
	Yetersiz	16	131,31±20,26	
	Kısmen yeterli	60	122,13±23,45	
Aile Yapısı	Çekirdek aile	83	120,02±23,29	t:0,974 p:0,332
	Geniş aile	35	115,48±22,69	
Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı	Anne	34	117,82±23,49	KW:7,153 p:0,210
	Baba	9	105,33±22,31	
Alan Hastanın Yakınlık Derecesi	Eş	61	118,98±23,91	
	Çocuklar	7	124,28±17,32	
	Kardeş	4	126,50±15,44	
	Diğer	3	138,67±10,26	

*F: Oneway ANOVA Testi KW: Kruskal Wallis Testi t:Student t testi *p<0.05 düzeyinde anlamlı ** p<0.01 ileri düzeyde anlamlı*

Tablo 5'te görüldüğü gibi hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.01). Lise mezunu hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları okur-yazar ve daha düşük eğitim düzeyine sahip hasta yakınları (p:0.007; p<0.01) ile ilkokul mezunu olguların puanlarından ileri düzeyde anlamlı düşüktür (p:0.004; p<0.01). Üniversite mezunu hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları okur-yazar ve daha düşük eğitim düzeyine sahip hasta yakınları (p:0.006; p<0.01) ile ilkokul mezunu hasta yakınlarının puanlarından ileri düzeyde anlamlı düşüktür (p:0.002;

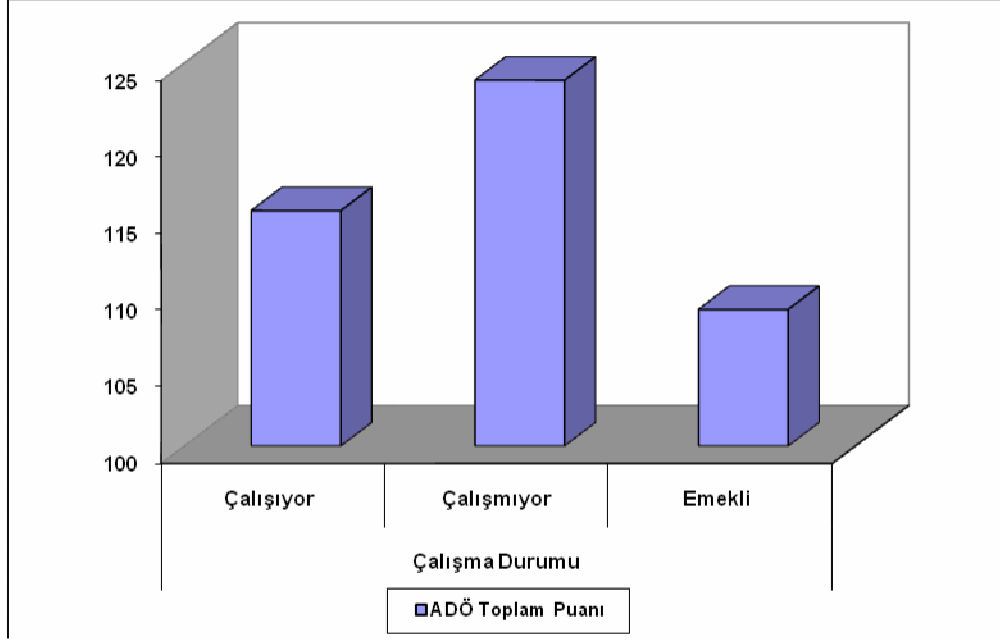
$p < 0.01$). Diğer eğitim düzeylerindeki hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).



Şekil 1: Hasta Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre ADÖ Dağılımı

Tablo 5'te görüldüğü gibi, hasta yakınlarının medeni durumlarına göre ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

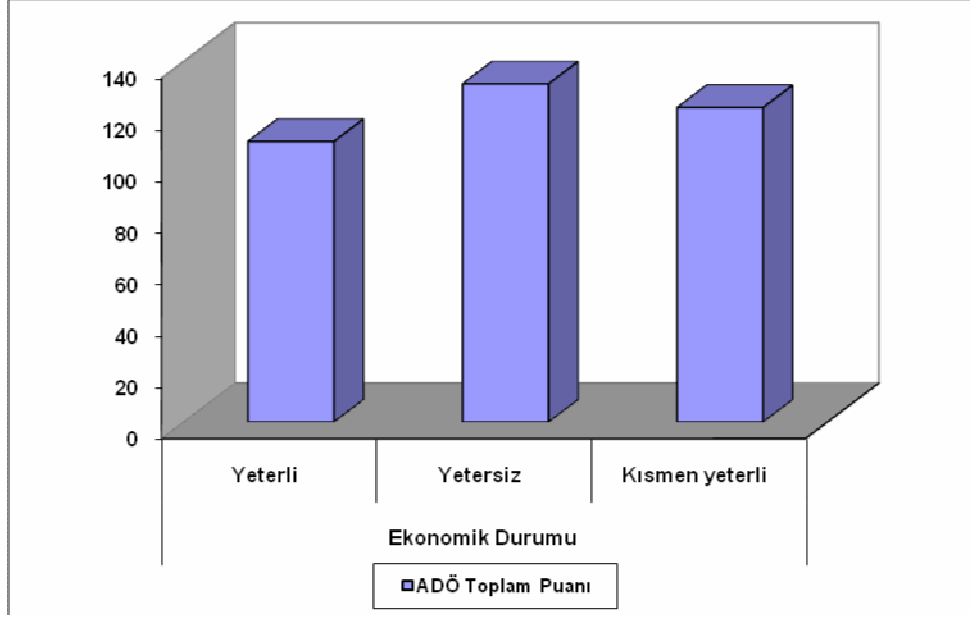
Hasta yakınlarının çalışma durumlarına göre ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Emekli olguların ADÖ toplam puan ortalamaları işsiz olguların puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p: 0.017$; $p < 0.05$). Çalışan hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları ile işsiz ve emekli hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).



Şekil 2: Hasta Yakınlarının Çalışma Durumlarına Göre ADÖ Dağılımı

Hasta yakınlarının sosyal güvencelerine göre ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hasta yakınlarının ekonomik durumlarının yeterliliğine göre ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Ekonomik durumunun yeterli olduğunu söyleyen hasta yakınlarının ADÖ puan ortalamaları; ekonomik durumunun yetersiz ($p:0.002$; $p<0.01$) ve ekonomik durumu kısmen yeterli ($p:0.009$; $p<0.01$) olduğunu söyleyen hasta yakınlarının puanlarından ileri düzeyde anlamlı düşüktür. Ekonomik durumu yetersiz hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları ile kısmen yeterli olduğunu belirten hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).



Şekil 3: Hasta Yakınlarının Ekonomik Durumlarına Göre ADÖ Dağılımı

Hasta yakınlarının aile yapılarına göre ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hastanın; hasta yakınına yakınlık derecesine göre ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). (Tablo 5)

Tablo 6: Yakınının Hastalığı Öğrendiğinde Hissettiklerine Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Hastalık Öğrenildiğinde Hissedilenler		ADÖ Toplam Puanı		Test ist.; p
		n=118	Ort±SD	
Üzüntü	Evet	105	119,08±23,08	<i>t:0,530</i>
	Hayır	13	115,46±24,07	<i>p:0,597</i>
Korku	Evet	59	120,80±22,42	<i>t:0,996</i>
	Hayır	59	116,56±23,79	<i>p:0,321</i>
Kaygı	Evet	56	115,77±22,92	<i>t:-1,304</i>
	Hayır	62	121,30±23,15	<i>p:0,195</i>
Suçluluk	Evet	8	120,87±24,77	<i>t:0,277</i>
	Hayır	110	118,52±23,10	<i>p:0,782</i>
Kabullenememe	Evet	29	118,86±23,35	<i>t:0,049</i>
	Hayır	89	118,62±23,17	<i>p:0,961</i>
Umutsuzluğa kapılma	Evet	41	121,92±21,51	<i>t:1,115</i>
	Hayır	77	116,95±23,88	<i>p:0,267</i>
İçine kapanma	Evet	20	122,40±20,60	<i>t:0,789</i>
	Hayır	98	117,92±23,62	<i>p:0,432</i>
Çocuklarım da hastalanabilir mi?	Evet	9	116,11±24,08	<i>t:-0,345</i>
	Hayır	109	118,89±23,13	<i>p:0,730</i>

t: Student t testi

Tablo 6’da, hasta yakınlarının hastalığı öğrendiklerinde hissettiklerine göre, ADÖ toplam puan ortalamalarının değerlendirilmesi ile ilgili bulgular belirtilmiştir.

Hastalığı öğrendiğinde üzüntü hissetme durumuna, hastalığı öğrendiğinde korku duyulması durumuna, kaygı duyulma durumuna, suçluluk hissedilmesine, hastalığı kabullenememeye, hastalığı öğrendiğinde umutsuzluğa kapılma durumuna, içine kapanma durumuna ve diğer duyguların hissedilmesine göre hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 7:KBY Hastasıyla Yaşıyor Olmanın Neden Olduğu Sorunlara Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi

KBY Hastasıyla Yaşıyor Olmanın Neden Olduğu Sorunlar		ADÖ Toplam Puanı		Test ist.; p
		n=	Ort±SD	
Sosyal ilişkide değişiklik	Evet	40	113,32±22,97	<i>t</i> :-1,819 <i>p</i> :0,071
	Hayır	78	121,42±22,84	
Ümitsizlik/belirsizlik	Evet	50	121,62±22,72	<i>t</i> :1,188 <i>p</i> :0,237
	Hayır	68	116,51±23,33	
Aile içi rollerde değişim	Evet	40	117,72±25,06	<i>t</i> :-0,319 <i>p</i> :0,750
	Hayır	78	119,17±22,20	
Hastanın tedaviye uyumuyla ilgili sorunlar	Evet	58	119,65±22,85	<i>t</i> :0,450 <i>p</i> :0,654
	Hayır	60	117,73±23,52	
Ekonomik sorunlar	Evet	49	122,67±24,23	<i>t</i> :1,593 <i>p</i> :0,114
	Hayır	69	115,84±22,02	
Sorun olmadı	Evet	4	108,00±31,42	<i>Z</i> :-1,041 <i>p</i> :0,298
	Hayır	114	119,05±22,86	

t: Student t Testi

Z: Mann Whitney U Testi

Tablo 7’de görüldüğü gibi, Kronik Böbrek Yetmezliği hastasıyla yaşıyor olmanın sosyal ilişkilerinde değişikliğe neden olduğunu belirten hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları, sosyal ilişkilerinde herhangi bir değişikliğe neden olmadığını söyleyen hasta yakınlarının puanlarından anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kronik böbrek yetmezliği hastasıyla yaşıyor olmanın ümitsizlik/belirsizliğe neden olmasına, aile içi rollerde değişikliğe, hastanın tedaviye uyumuyla ilgili sorunlara neden olmasına, ekonomik sorunlara neden olmasına ve diğer sorunlara neden olmasına göre, hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 8:Aile İçi İlişkilere Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi

Aile İçi İlişkiler		ADÖ Toplam Puanı		Test ist.; p
		n=118	Ort±SD	
Birbirimizin fikirlerine saygı duyarız	Evet	69	114,43±22,60	<i>t</i> :-2,415 <i>p</i> :0,017*
	Hayır	49	124,65±22,72	
Birbirimize destek oluruz	Evet	88	114,30±21,91	<i>t</i> :-3,705 <i>p</i> :0,001**
	Hayır	30	131,50±22,06	
Sık sık tartışırız	Evet	14	123,36±26,31	<i>t</i> :0,806 <i>p</i> :0,422
	Hayır	104	118,05±22,72	
Hiç geçinemeyiz	Evet	5	144,40±16,15	<i>Z</i> :-2,519 <i>p</i> :0,012*
	Hayır	113	117,54±22,76	
Hiç konuşamayız	Evet	7	133,14±23,23	<i>t</i> :1,721 <i>p</i> :0,088
	Hayır	111	117,76±22,90	
Çoğunluk ne derse o yapılır	Evet	2	141,50±21,92	-
	Hayır	116	118,28±23,02	

t: Student *t* Testi

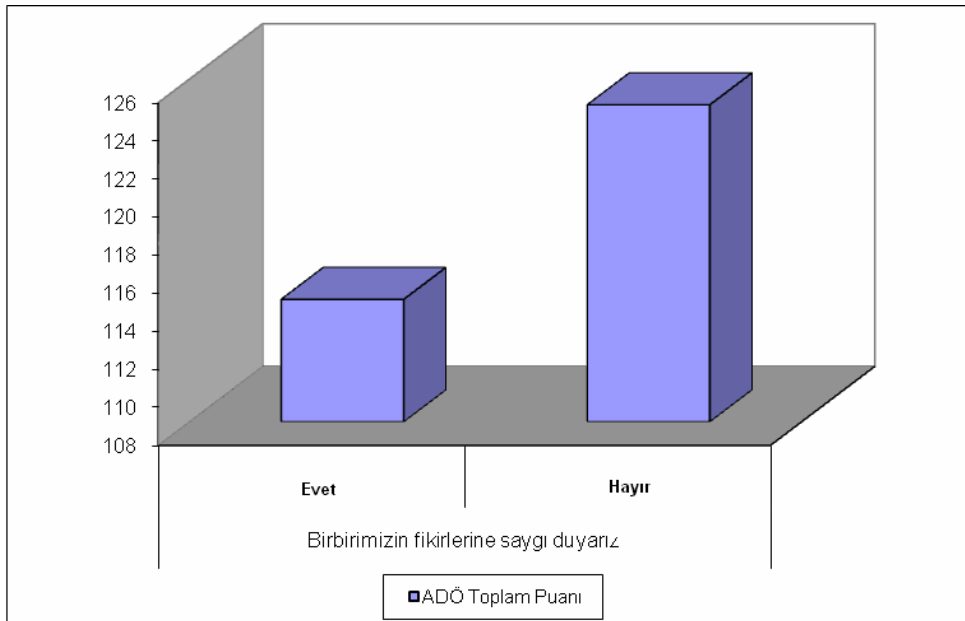
Z: Mann Whitney U Testi

* $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı

** $p < 0.01$ ileri düzeyde anlamlı

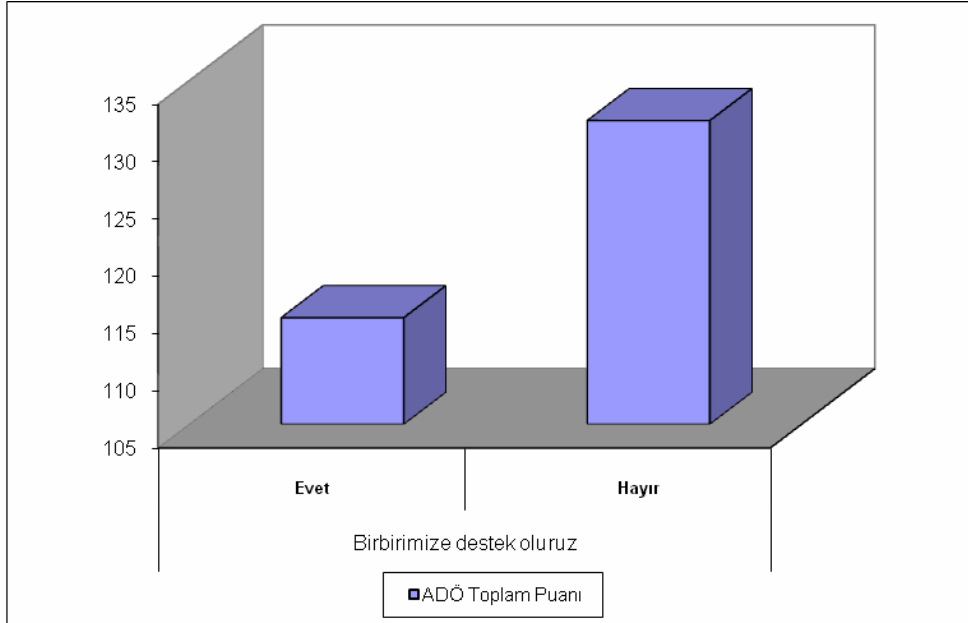
NOT: Diğer cevabını veren olgu sayısının yetersizliğinden dolayı karşılaştırma yapılamamıştır.

Ailede birbirlerinin fikirlerine saygı duyduklarını ifade eden hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p < 0.05$).



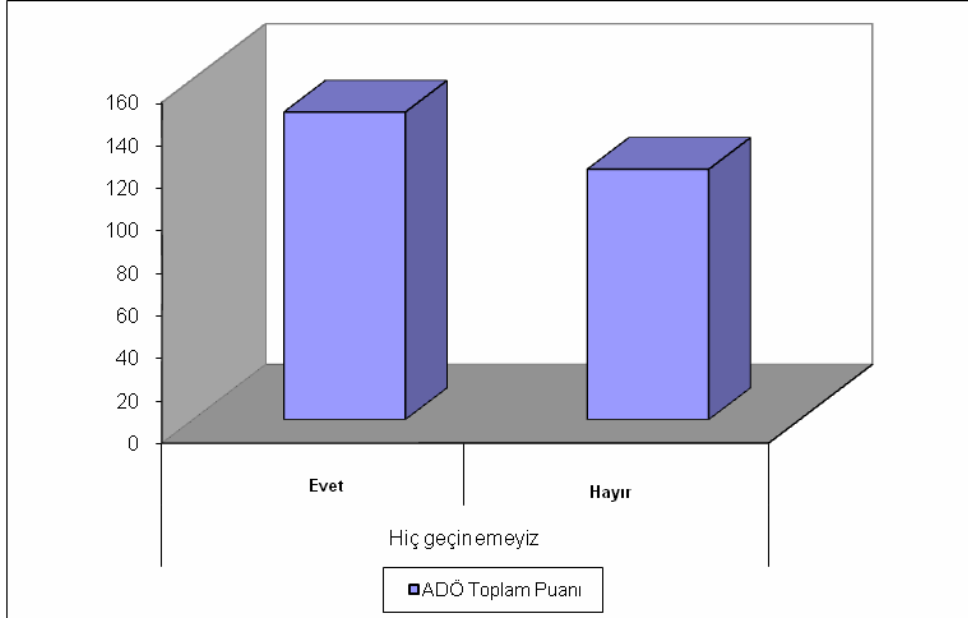
Şekil 4: Birbirinin Fikrine Saygı Duyulmasına Göre ADÖ Dağılımı

Ailelerinde birbirlerine destek olduklarını ifade eden hasta yakınlarının ADÖ toplam puanları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı düşüktür ($p<0.01$).



Şekil 5: Aile İçinde Birbirine Destek Olunmasına Göre ADÖ Dağılımı

Aile içinde sık sık tartıştıklarını belirten hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Aile içinde hiç geçinemediklerini ifade eden hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$).



Şekil 6: Aile İçinde Geçinememe Durumuna Göre ADÖ Dağılımı

Aile içinde hiç konuşmadıklarını ifade eden hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları, konuştuklarını ifade eden hasta yakınlarının ortalamalarından daha yüksek olmakla birlikte; bu farklılık anlamlılığa yakın olup; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9:Hastanın Durumuyla İlgili Hissedilenlere Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi

Hastanın Durumuyla İlgili Hissedilenler		ADÖ Toplam Puanı		Test ist.; p
		n=118	Ort±SD	
Çok üzülüyorum	Evet	82	119,91±23,37	<i>t:0,876</i>
	Hayır	36	115,86±22,57	<i>p:0,383</i>
Kaygı duyuyorum	Evet	27	116,15±22,82	<i>t:-0,646</i>
	Hayır	91	119,43±23,27	<i>p:0,520</i>
Normal karşılıyorum	Evet	38	113,02±23,03	<i>t:-1,849</i>
	Hayır	80	121,36±22,80	<i>p:0,067</i>
Kabullenemiyorum	Evet	9	119,55±21,36	<i>t:0,118</i>
	Hayır	109	118,60±23,34	<i>p:0,906</i>
Suçluluk duyuyorum	Evet	4	124,50±22,71	<i>Z:-0,573</i>
	Hayır	114	118,47±23,20	<i>p:0,567</i>

t: Student t Testi

Z: Mann Whitney U Testi

Tablo 9’da görüldüğü gibi hastanın durumu ile ilgili hissedilenlere göre, ADÖ toplam puan ortalaması değerlendirilmesi ile ilgili bulguların dağılımına bakıldığında; hastanın durumuna çok üzülmediğini, hastanın durumuyla ilgili kaygı duyduğunu, durumunu normal karşıladığını söyleyen, durumu kabullenmediğini ve hastanın durumuyla ilgili suçluluk duyduğunu belirten hasta yakınları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 10: Ailede KBY Tanısı Alan Bireyin Olmasına ve Diğer Aile Bireyleri İle Sorumlulukların Paylaşılma Durumuna Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi

Ailede hasta birey olması ve sorumluluk paylaşma durumu		ADÖ Toplam Puanı		Test ist.; p
		n	Ort±SD	
Ailede Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı alan bireyin Olmasının Aile Düzenine Etkisi	Güçlendi	46	114,22±22,76	F:2,197 p:0,092
	Etkilenmedi	25	115,68±25,54	
	Kısmen etkilendi	28	121,68±21,83	
	Bozuldu	19	129,00±20,07	
Diğer Aile Bireyleriyle Hastanın Sorumluluklarının Paylaşılması	Evet	79	115,97±24,15	F:1,743 p:0,180
	Hayır	14	126,21±24,49	
	Kısmen	25	123,00±18,53	

F: Oneway ANOVA Testi

Tablo 10’da görüldüğü gibi ailede kronik böbrek yetmezliği tanısı alan bireyin olmasının aile düzenine etkisine göre ADÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlılığa yakın olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ailede KBY hastasının bulunmasının aile ilişkilerini güçlendirdiğini söyleyen olguların ve aile ilişkilerinin etkilenmediğini söyleyen olguların ADÖ toplam puan ortalamalarının; aile ilişkilerinin kısmen etkilendiğini ve ilişkilerinin sarsıldığını söyleyen olguların puanlarından daha düşük olması dikkat çekicidir. Diğer aile bireyleriyle hastanın sorumluluklarının paylaşılma durumuna göre ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 11:KBY İle İlgili Bilgi Almak İstenmesine Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi

Kronik Böbrek Yetmezliği İle İlgili Bilgi		ADÖ Toplam Puanı		Test ist.; p
		n=118	Ort±SD	
Bilgim var	Evet	16	114,31±23,22	<i>t:-0,811</i>
	Hayır	102	119,36±23,13	<i>p:0,419</i>
Doktor	Evet	100	118,62±23,38	<i>t:-0,064</i>
	Hayır	18	119,00±22,17	<i>p:0,949</i>
Hemşire	Evet	14	115,64±21,04	<i>t:-0,522</i>
	Hayır	104	119,08±23,44	<i>p:0,603</i>

t: Student t Testi

Tablo 11’de, KBY ile ilgili bilgi sahibi olduğunu söyleyen hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

KBY ile ilgili doktorlardan bilgi almak istediğini söyleyen hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

KBY ile ilgili hemşirelerden bilgi almak istediğini söyleyen hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

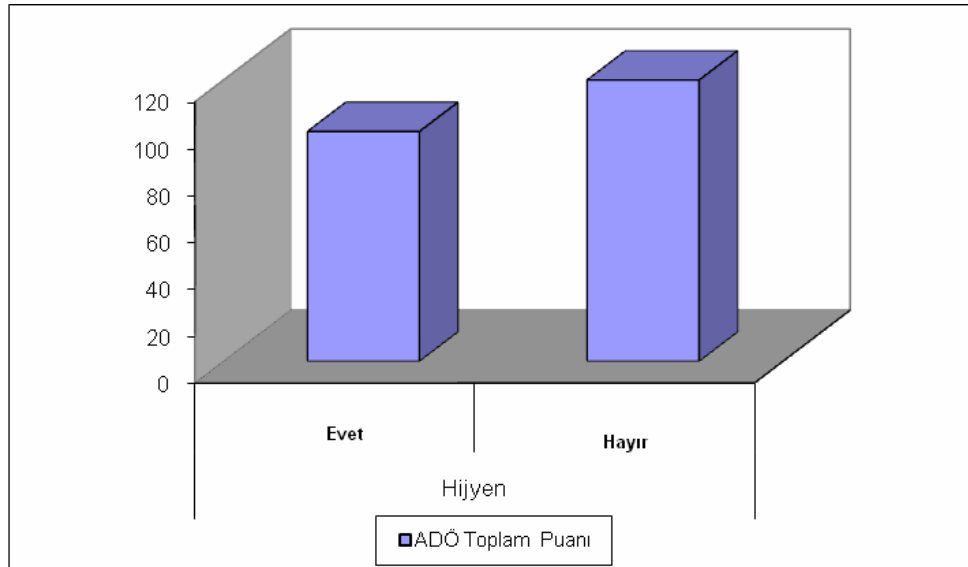
Tablo 12: Tedavi Ekibinden Beklentilere Göre ADÖ Toplam Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi

Tedavi Ekibinden Beklentiler		ADÖ Toplam Puanı		Test ist.; p
		n=118	Ort±SD	
Hijyen	Evet	7	98,00±11,39	<i>t</i> :-4,552 <i>p</i> :0,001**
	Hayır	111	119,98±23,07	
İlgi-Hoşgörü	Evet	78	118,86±22,25	<i>t</i> :0,118 <i>p</i> :0,906
	Hayır	40	118,32±25,01	
Bakım-Tedavi	Evet	56	121,39±21,66	<i>t</i> :1,215 <i>p</i> :0,227
	Hayır	62	116,22±24,26	
Bilgilendirme	Evet	19	122,68±26,03	<i>t</i> :0,824 <i>p</i> :0,412
	Hayır	99	117,91±22,57	
Organ nakli için destek	Evet	8	131,25±30,65	<i>t</i> :1,604 <i>p</i> :0,111
	Hayır	110	117,76±22,37	
Psikolojik destek	Evet	5	101,40±19,87	<i>Z</i> :-1,737 <i>p</i> :0,082
	Hayır	113	119,44±23,02	

t: Student t Testi

Z: Mann Whitney U Testi

Tedavi ekibinden hijyen bekleyen hasta yakınlarının ADÖ toplam puanları istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı düşüktür ($p < 0.01$).



Şekil 7: Tedavi Ekibinden Hijyenik ortam beklentilerine göre ADÖ dağılımı

Tedavi ekibinden ilgi- hoşgörü, bakım-tedavi, bilgilendirme, organ nakli için destek ve psikolojik destek bekleyen hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları

daha düşük olmakla birlikte; bu farklılık anlamlılığa yakın olarak değerlendirilmiş olup; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

7. TARTIŞMA

Kronik Böbrek Yetmezliği; kronik hastalıklar içinde yer alan, hem hasta birey, hem aile, hem de hastanın bulunduğu sosyal çevreyi etkileyen, biyopsikososyal boyutta ele alınması gereken bir hastalıktır. Bu nedenle bu hastalık sürecinde, hastanın yanı sıra, ailenin de yaşadığı sorunlar göz ardı edilmemelidir. Bu çalışmada, hasta ve hasta yakınlarıyla ilgili sosyo-demografik özellikleri içeren (Tablo 1, 2), hasta yakınlarının hastalıkla ilgili duygu, düşünce ve görüşleri ile (Tablo 3) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ile diğer verilerin karşılaştırılması ile ilgili elde edilen veriler (Tablo 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13) literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

1. Hasta ve Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Literatürde evli olmanın sosyal destek açısından olduğu kadar, ev ile ilgili sorumlulukların paylaşılması anlamında da öneminin büyük olduğu belirtilmektedir (37).

Yaptığımız araştırmada, hastaların % 74,6'sının evli olması sosyal desteklerinin daha fazla olduğu anlamına gelmekte olup; bu anlamda olumlu bir gelişmedir. Bu hastalarda üremiye ve diyalizin komplikasyonlarına bağlı gelişebilecek olaylar, fiziksel aktivitelerini yerine getirmelerini zorlaştıracaktır. Bu nedenle; araştırma kapsamına alınan hasta yakınlarının çoğunluğunun evli olması, sosyal destek açısından önem taşımaktadır.

Ören'in (37) (2004)'te yaptığı araştırmada, tüm hastaların % 87,5'inin evli olması, Çınar ve ark.'larının (2006) (13) yaptığı çalışmada; genel sağlık durumunu kötü olarak ifade eden, yalnız yaşayan, bekar ve boşanmış olan hastalarda depresyon belirtilerinin daha fazla görüldüğünün ortaya çıkmış olması bu durumda evli olmanın önemini vurgulaması açısından çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir.

Diyaliz hastalarında, diyalize bağlı ilgi, istek kaybı ve diyaliz sonrası değişen elektrolit değerleri, hipotansiyon, yorgunluk gibi şikayetlerin yoğun olduğu, bu nedenle

çalışmadıkları hatta bazen bu durumun sonucu olarak işten çıkartılmaların söz konusu olabildiği görülmektedir (33).

Çalışma kapsamındaki hastaların % 53,4'ünün çalışmadığı sonucu bulundu.

Küçük'ün (33) yaptığı çalışmada; deney grubundaki hastaların % 86,7'sinin çalışmadığı, kontrol grubundaki hastaların da % 90'ının çalışmadığı sonucu çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

KBY'nin yaşam aktivitelerini kısıtlayan kronik bir hastalık olması (haftanın 3 günü diyaliz tedavisi alınması gibi), hastaların çalışma yaşantılarını etkilemekte ve yapılan çalışmalarda da çalışma yaşamlarının engellenmesine bağlı olarak, büyük bir çoğunluğun çalışmamasını buna bağlayabiliriz.

Ören'in (2004)'te yaptığı çalışmada, KBY'nin genelde primer sebeplerinin Diyabetes Mellitus ve Hipertansiyon olduğu bulunmuştur (37).

Çalışmamızda, hastaların % 28'inde ikincil hastalıklarının Diyabetes Mellitus olduğu bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada; hastaların diyalize başlama nedeni olarak, %37,5'inin Akut Böbrek Yetmezliği, % 15'nin KBY, % 12,5'nin de Diyabetik Nefropati olduğu görülmüştür. Ayrıca aynı araştırmada, % 22'si dışında hepsinin daha önce kronik bir hastalığı mevcuttur. Bu sonuçlar ve literatür bilgisi çalışma bulgumuzu desteklemektedir (37).

Bu doğrultuda; kronik hastalıkların birincil önlenmesinde hasta ve yakınlarının eğitimlerinin büyük önemi vardır. Bu anlamda birincil basamak sağlık hizmetleri, kronik hastalıkların doğuracağı ikincil hastalıkların önlenmesinde önemli bir yere sahiptir. Bu korumanın içinde hemşirelerinde etkin olması önemlidir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının %72,2'sinin evli olduğu bulunmuştur.

Sosyal destekle ilgili yapılan bir araştırmada da, sosyal destek ağının birinci sırasında %55,3 oranında eşler bulunmaktadır (6).

Küçük'ün (34) Miyokard Enfarktüsü geçiren hastaların umut düzeylerine ailelerin etkisiyle ilgili çalışmasında, hastaneye eşleri tarafından yatırılanların oranı % 73,3'ken, çocukları tarafından yatırılanların oranı % 38,8 gibi yüksek bir orandandır. Bu araştırmamızı destekler niteliktedir.

Evli olmak, hastaların hastalık sürecinde desteklenmeleri anlamında önemli bir durumdur. Kronik hastalık süreçlerinin hepsinde, eşler birincil sırada destek durumundadır. Bu anlamda KBY’de sosyal destek anlamında eşlerin daha fazla var olması diğer kronik hastalık süreçlerinde buna benzer sonuçların çıkması, güçlüklerin paylaşılması anlamında olumlu bir gelişmedir.

2. Hasta Yakınlarının Hastalarla ilgili Duygu , Düşünce ve Görüşlerinin Tartışılması

KBY’nin uzun soluklu bir hastalık ve zor bir süreç olması nedeniyle hasta yakınları da hastalar kadar bu durumdan olumsuz etkilenmektedirler. Hastanın genellikle haftada iki üç defa hemodiyaliz tedavisine gitmesi, yapılan iğne ponksiyonları, diyet uyum sorunları, ilaç kullanma zorunlulukları, aktivitelerinin kısıtlanması gibi durumlar hasta için olduğu kadar, aile üyeleri için de üzüntü verici bir durum olmaktadır. Aile üyeleri arasındaki ilişkiler ve aile ortamı, psikososyal yönden bireyin en çok etkileşime uğradığı yerdir. Bu ilişkiler, bireyin kendine güvenmesini, kendine ve diğer bireylere sevgi duymasını, kimlik kazanmasını, kişilik gelişimini, sosyal beceriler geliştirmesini ve topluma adaptasyon sürecini olanaklı hale getirir.

Araştırmamızda, hasta yakınlarının % 89’unun hastalığı öğrendiğinde üzüntü hissettikleri belirlendi. Bozkurt ve ark.’larının (2006), Hematoloji ve onkoloji servisine yatırılan 120 çocuğun anneleriyle yaptığı araştırmada; annelerin % 79,2 ‘sinin çocuklarının hastalıklarıyla ilgili endişe duydukları ve üzüldükleri belirlenmiştir. Ailede bir bireyin hasta olması travmatik bir durum yaratmaktadır. Bu da bulgularımız destekler niteliktedir (8).

KBY’nin kronik bir hastalık olması ve bu tedavi sürecinde; ilaç alımı, diyet, sıvı alımı ve diyalize girmeleri gibi güçlükler ailelerin en büyük sıkıntısını oluşturmaktadır.

Yaptığımız araştırmada hasta ailelerinin % 49,2’sinin tedaviye uyum sorunu yaşadıkları bulundu. Hastalığın uzun süreli olması Küçük’ün (34) yaptığı çalışmada da hastalarda % 33,3 oranında stres kaynağı oluşturmaktadır. Yine aynı araştırmada psikofizyolojik stres kaynaklarına bakıldığında; sıvı kısıtlaması % 43,3 gibi büyük bir orandadır (34). Tedaviye uyum sürecinin zor olması her anlamda stres yaratmaktadır.

Kara ve ark.’larının (2006) (8) yaptığı hemodiyaliz hastaları ve ailelerinin algıladıkları stresörlerle ilgili çalışmada fizyolojik stresörlerden, sıvı alımının

kısıtlanması olduğu ve ortalamasının ($4,36\pm 0,97$) ve hastaneye sık gelme ortalamasının ($3,96\pm 0,88$) olarak bulunmuş olup, araştırmada ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Hastayla birlikte yaşayan aile üyesinin tedaviye uyumsuzluğunu gösteren bulgular çalışmada bulduğumuz sonuçla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda da ailelerin hastaların tedaviye uyumlarıyla ilgili biyopsikososyal anlamda sorunlar yaşadıkları, birebir yapılan görüşmeler sırasında da, hasta yakınlarının söylemlerinden ortaya çıkartılmış ve verilerle desteklenmiştir. Bu durum, hastaların yaş ortalamalarının yüksekliği, sosyoekonomik ve eğitim durumunun düşük olması ile açıklanabilir.

Hastalığın ortaya çıkmasından sonra hem hasta, hem de aile için büyük bir kriz dönemi başlamaktadır. Bu nedenle fiziksel hastalıklarda, hastaya yakın olan bireylerin yardımı ile kişisel, ailesel, kültürel, sosyal olanak ve kaynakların analizi yapılır (42). Bu amaçla hasta ve hasta yakınlarının çok daha fazla bilgilendirilme ve desteğe gereksinimleri vardır.

Çalışmamızda hasta yakınlarının % 84,7'sinin hastalarıyla ilgili en fazla bilgiyi hekim grubundan bekledikleri bulundu. Akyol'un (2001) (2) yaptığı çalışmada, hastaların % 62,5'nin hastalık hakkında eğitim aldıklarını ve bu eğitimin hastalık öncesi % 63,9 olduğu ve bu eğitimi daha çok hekimin (% 32,5) anlatım yoluyla verdiği (% 57,5) belirtilmiştir. Bu bulgu, çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Bu sonucu, hasta yakınlarının hastalarıyla ilgili bilgiyi almak için başvuracakları ilk sağlık ekibi üyesinin hekim olmasına, hasta yakınlarının bu görüşünü, hemşirelik mesleğini hala geleneksel kalıplar içerisinde görmelerine bağlayabiliriz.

3.Aile İşlevleri Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ile İlgili Bulguların Tartışılması

ADÖ'de toplam puanının yüksekçe yakın olması aile işlevselliğinin çok iyi olmadığını, aza yakın olmasının da aile işlevselliğinin iyi olduğunu göstermektedir. ADÖ'nün toplam puanı 82 ile 164 arasında değişmekte olup, araştırmada ise ortalama puan $118,68\pm 23,11$ olarak bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hasta yakınları bu anlamda aile işlevleri açısından olumlu sonuçlar bildirmişlerdir. Bu da hasta ve hasta ailelerinin sosyal destek ağlarının

yüksek olduğunun kanıtıdır. Fakat hasta yakınlarıyla birebir yapılan görüşmeler sırasında bazı hasta yakınlarının objektif cevaplar vermedikleri gözlenmiştir. Genelde bu hasta yakınları sosyoekonomik düzeyi ve eğitim durumu düşük hasta grubu olarak algılanmıştır. Bu nedenle hasta ve hasta yakınlarının eğitim düzeyleri önem taşımaktadır.

Lise mezunu hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları okur-yazar ve daha düşük eğitim düzeyine sahip olgular ($p:0.007$; $p<0.01$) ile ilkokul mezunu hasta yakınlarının puan ortalamalarından ileri düzeyde anlamlı düşüktür ($p:0.004$; $p<0.01$). Üniversite mezunu hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları okur-yazar ve daha düşük eğitim düzeyine sahip hasta yakınları ($p:0.006$; $p<0.01$) ile ilkokul mezunu olguların puanlarından ileri düzeyde anlamlı düşüktür ($p:0.002$; $p<0.01$). Diğer eğitim düzeylerindeki hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Aydemir ve ark.'larının (2002) yaptığı araştırmada (4); 50 hasta yakınının eğitim seviyeleriyle Kısa Semptom Envanteri (KSE) karşılaştırıldığında, eğitim seviyesi düşük olan hasta yakınlarının problem çözme becerileri, anksiyete ve somatizasyon eğitim seviyesi yüksek olan hasta yakınlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu anlamda; eğitim düzeyi yükseldikçe, ADÖ toplam puan ortalaması azalmakta ve aile işlevleri daha da iyileşmektedir. Aile işlevselliği arttıkça da, hastanın kronik sürece adaptasyonu daha da artacak ve kolaylaşacaktır. Literatür bilgileri ve diğer çalışmalar araştırmamızı desteklemektedir.

Ekonomik durum hastaların ve hasta yakınlarının ruhsal durumunu da etkilemektedir.

Araştırmada; hasta yakınlarının ekonomik durumlarının yeterliliğine göre ADÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmaktadır ($p<0.01$). Ekonomik durumu yeterli olduğunu söyleyen hasta yakınlarının ADÖ puan ortalamaları ekonomik durumunun yetersiz ($p:0.002$; $p<0.01$) ve kısmen yeterli ($p:0.009$; $p<0.01$) olduğunu söyleyen hasta yakınlarının puanlarından anlamlı olarak düşüktür.

Karabulutlu ve ark.'larının (2006), iki üniversite hastanesinde hemodiyaliz tedavisi alan toplam 89 hasta karşılaştırılmış ve ilk hastanede hastaların % 47,5'inin

ekonomik durumunu orta düzeyde algıladığı, ikinci hastanedeki hastaların % 69,7'sinin ise ekonomik durumlarını orta düzeyde algıladığı sonucu bulunmuş olup; birinci hastanedeki hastaların % 16,9'unda ciddi depresyon varken, ikinci hastanedeki hastaların % 5,6'sında ciddi derecede depresyon eğilimi olduğu sonucuna varılmıştır (28).

Bu araştırma bulgularıyla desteklenen bulgularımız, ayrıca ekonomik durumun diğer sosyal örüntülerini de içine aldığı göstermektedir. Ekonomik düzey arttıkça, hastalara verilen sosyal destek de artmaktadır.

Bu durumu; çalışmamızı yaptığımız örneklem grubunun sosyodemografik özelliklerine bağlayabiliriz. Çünkü; hasta ve hasta yakınının hastalık sürecine olan dayanıklılığını, sosyal güvence, işsiz kalma, ekonomik güçlükler etkilemektedir.

KBY sürecinde, aile çok önemlidir. Hastalara verdikleri destek, hastanın hastalık sürecine olan adaptasyonunu kolaylaştırır.

Çalışmada, hasta yakınlarının aile yapılarına göre ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Hasta yakınlarının % 70,3'ü aile yapılarını çekirdek aile olarak tanımladılar. Aslında; geniş aileye sahip hastaların sosyal destek anlamında daha fazla desteklenecekleri düşünülmektedir. Ailedeki birey sayısı arttıkça, hasta bireyin bakımıyla ilgili paylaşımlarda artmakta ve aile üyelerinin yükü azalmaktadır.

Bunun nedeni de hem hastaya aile tarafından yapılan manevi destek, hem de hastalığın sıkıntılarının paylaşılması olabilir. Çalışmamızda hastaların çoğunun çekirdek aileye sahip olması, günümüz koşulları ve büyük kent yaşantısına bağlanabilir.

Yapılan birçok araştırmada da ailede eşlerin, hastayla ilgilenme anlamında daha işlevsel oldukları bulunmuştur. Özellikle, sosyal destek anlamında eşler, diğer aile bireylerine göre daha güç verici pozisyonda görülmektedirler.

Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı alan hasta yakınlarının daha çok eşlerden oluştuğu, ADÖ toplam puan ortalaması $118,98\pm 23,91$ bulunmuş olup; ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo).

Miyokard Enfarktüsü geçiren hastaların algıladıkları sosyal destekle ilgili yapılan bir araştırmada, en fazla desteği hasta bireylerin eşlerinden aldıkları ve hastaneye yatışlarda en fazla eşlerin refakatte bulunduğu görülmüştür. Bu oran eşleri refakat edenler için % 80 olarak bulunmuştur. Bu nedenle, sosyal destek gruplarının da sıkıntılarının göz ardı edilmemesi gerekir (34). Yapılan bu araştırmadan da görüldüğü gibi; kronik bir hastalık yaşanırken, hastaya refakat eden kişi de, hastanın tüm sorunlarıyla ilgilenmekte hatta hastayla birlikte hastalığa verilen tepkileri verebilmektedir.

Bu araştırma bulguları ve literatür bilgileri çalışma bulgularını desteklenmekte olup; eşler sosyal destek ağı içinde önemli bir yere sahiptir.

Hasta yakınlarının bu duyguyu yaşamalarının nedeni; KBY' nin getirmiş olduğu hastalığın fiziksel yetersizlikleri olduğu kadar psikososyal stresler de olabileceğini gösterir. Hastalığın ilk dönemlerindeki hastanın durumuyla ilgili fiziksel yetersizlikleri, daha sonraki dönemlerde var olan ekonomik sorunlar, rol değişimleri, maddi ve manevi kayıplar, otonomi kaybı, diyet ve tedaviye uyumları hasta yakınlarını da hastalık sürecinin tüm dönemlerinde etkilemektedir (52).

Hastalık ğrenildiğinde; hasta yakınları tarafından en fazla. znt hissettiklerini söyledikleri belirlenmiş olup, AD toplam puan ortalaması (n=105, 119,08±23,08) oranındadır. AD toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (t:0,530, p=0,597).

Bu sonuca göre; kronik hastalık sürecinde hasta kadar aile de üzüntü, kaygı gibi duygular yaşar. Literatür bilgilerinin karşılaştırmamızla örtüşmemesinin nedeni; hastalık süresi ortalamasının 4-15 yıl arasında değişiyor olmasından dolayı, ailelerin ilk dönemlerdeki travmatik üzüntü duygusunu yaşamadıklarına ya da kabullendiklerine bağlanabilir. Düşük sosyoekonomik düzeyde olan hasta yakınlarının, hastalığı 'tanrının bir sınavı' olarak nitelendirildiği ve bu konuda kabullenici ve boyun eğici bir tavır takındıkları birebir yapılan görüşmelerde gözlenmiştir.

KBY hastasının birlikte yaşadığı tüm aile bireyleri, hastanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal anlamda kayıp ve sıkıntılarında etkilenmekte ve sorun yaşamaktadırlar.

Yapılan bir çalışmada; bir üyesinde fiziksel hastalığı olan hasta yakınları ile ruhsal bozukluğu olan hasta yakınlarının yaşadığı sorunların benzerlik gösterdiği görülmüştür (38).

Örneklem grubunda KBY hastasıyla yaşıyor olmanın sosyal ilişkilerinde değişikliğe neden olduğunu söyleyen hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları (113,32±22,97) bulundu. Sosyal ilişkilerinde değişiklik olmadığını söyleyen hasta yakınlarına göre ADÖ toplam puan ortalamaları daha düşük olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). ($t=-1,819$, $p:0,071$).

Hasta yakınlarının sosyal ilişkilerinde KBY hastasıyla yaşıyor olmak sıkıntı yaratmakta ve sosyal ilişkilerin bozulması anlamında, kısıtlayıcı durumundan dolayı sorun oluşturmaktadır.

Aile içi ilişkiler ADÖ toplam puan ortalamalarıyla değerlendirildiğinde; birbirlerinin fikirlerine saygı duyanların ($n= 69$, $114,43±22,60$) olarak bulundu ($p<0.05$); birbirlerine destek olduklarını ifade edenlerin ADÖ toplam puan ortalamaları ($n= 88$, $114,30±21,91$), ($p<0.01$) olduğu görülmüş olup, istatistiksel olarak anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Ayrıca, aile içinde hiç geçinemediklerini ifade eden hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları ($n=5$, $144,40±16,15$), ADÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$).

Erdim ve ark.'larının (2006) yaptığı çalışmada, çocukların hastalıklarından ailenin etkilenmesine bakıldığında, %57,5 oranında çocukların aile ilişkilerini etkilediği bulunmuştur (8).

Literatürde ailedeki bireylerin birbirlerine saygıları, destekleri arttıkça, aile işlevselliğinin artmakta olduğu, hastalığa ve hastalarına karşı daha toleranslı olabilmekte, iletişimi olumsuz olan hasta yakınlarının da aile işlevselliklerinin kötü çıktığı belirtilmektedir.

Bu durumun hasta yakınlarının eğitim düzeyleriyle de örtüştüğü sonucuna varılabilir. Çalışmada, eğitim düzeyinin artması ile ADÖ toplam puan ortalamasının düşmesi sonucu ile diğer çalışma ve literatür bulgularıyla da desteklenmektedir.

Literatürde aile bireylerinin hastalık ve ailedeki hasta bireylerle ilgili üzüntü/keder duyguları yaşadıkları belirtilmektedir. Hastalık sürecine adaptasyon sonrasında aile işlevlerinin artmış olduğu belirtilmektedir.

Hastanın durumunu normal karşılayan hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları (n= 38, 113,02±23,03) hastanın durumunu normal karşılamayan hasta yakınlarına göre daha düşük bulunmuş olup; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t: -1,849, p:0,067), (p>0.05).

Hastalıkla ilgili üzüntü hissedenlerin sayısının (n= 105, 119,08±23,08) oldukça yüksek olduğu görülmüş olup; ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t: 0,530, p: 0,597), (p>0.05).

Kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada, tanıyı takip eden 6 aylık süreçte ailelerde en fazla, depresyon ve anksiyete olduğu bulunmuştur. Takip eden dönemlerde depresyona somatizasyon eklendiği belirlenmiştir (42).

Küçük'ün çalışmasında da Kronik Kalp Yetmezliğini normal fizyolojik bir olay olarak görmeyenlerde umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (34).

Bu sonuca göre; hastalık, hasta ve ailesini, içinde buldukları tüm sistemlerin bir bütünü olarak etkilemekte olup, hasta yakınlarının buna verdikleri tepkilerde bu anlamda olmaktadır.

Özellikle araştırmamızın örneklemini teşkil eden hasta grubunun sosyoekonomik durumu nedeniyle hastalığı “tanrı vergisi” olarak görmeleri ve bu nedenle tolere edebilmelerinin sebebi buna bağlanabilir.

Ailede var olan bir hastalık tüm aile bireylerini etkilemekte ve bu hastalık süreci içerisinde aile bireyleri aile işlevlerine göre farklı etkilenmektedir.

Ailede KBY tanısı alan bireyin olmasının aile düzenine etkisine göre ADÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlılığa yakın olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05). Anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte ailede KBY hastasının bulunmasının aile ilişkilerini güçlendirdiğini söyleyen (n= 46, 114,22±22,76) hasta yakınlarının ve aile ilişkilerinin etkilenmediğini söyleyen (n=25, 115,68±25,54) yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamalarının; aile ilişkilerinin

kısmen etkilendiğini ve ilişkilerinin sarsıldığını söyleyen olguların puanlarından daha düşük olması dikkat çekicidir. ($p>0.05$).

Bozkurt ve ark.'larının (2006) yaptığı araştırmada, çocukların hastaneye yatışından aile ilişkilerinin % 57 oranında etkilendiği sonucuna varılmış olup; çalışmamızda da ADÖ toplam puan ortalamasının düşük olması aile işlevselliğinin bu anlamda iyi olduğunu göstermektedir.

Bu bulgu, ailede yaşanan krizin aile işlevselliğini, aile üyelerinin birbirlerine olan bağlılığını ve desteğini arttırmasına neden olduğunu düşündürebilir.

Hasta ve hasta yakınlarının hastalık sürecinde bilgi gereksinimleri devam etmektedir. Hemşireler, hastaların fiziksel, ruhsal iyilik halinin devam etmesinden sorumlu olan, hastalara bilgi sağlama ve danışmanlık yapmada anahtar kişilerdir (29).

Çalışmada, KBY ile ilgili bilgiye sahip olma ve bilgiyi doktordan almak isteme durumu ile ADÖ toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında; hasta yakınlarının KBY ile ilgili bilgiye ($n= 102, 119,36\pm 23,13$) sahip olmadıkları ve bilgiyi de ($n =100, 118,62\pm 23,38$) doktordan almak istedikleri saptanmış olup; ADÖ toplam puan ortalamalarıyla istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Sönmez'in (15) kronik kalp hastaları ve ruhsal sorunu olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada; % 55,3 ($n =21$) kardiyak hasta yakını bilgiyi sadece hekimden, psikotik hasta eşleri ise % 47,4 ($n =18$), bilgiyi sadece hekimden almak isterken, % 2,6 ($n =1$) kadar düşük bir oranı da bilgiyi sadece hemşireden almak istemektedir (11).

Fadıllıoğlu'nun araştırmasına göre (2001); diyaliz ekibiyle hastaların iletişimleri değerlendirildiğinde; hastaların (% 98,80) büyük bir çoğunluğunun hemşireler ile iletişimlerinin, psikologlara göre (% 55) daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır (2).

Hasta yakınlarının, hastalıkla ilgili bilgiyi, hastayla birebir iletişimde bulunan hemşirelerden almak istememeleri dikkat çekicidir. Elde edilen bu bulgu toplumun hemşirelik mesleğine bakışına ve hemşireliğin geleneksel kalıplardan çıkmasına bağlanabilir.

Oysa ki hemşireler; hasta ve aileyi, destekleyici, eğitici, hasta ve ailenin güçlerini geliştirici, eksiklerini tamamlayıcı rolünü yerine getirerek bu sonucu

etkileyebilecektir. Bu anlamda; tüm diyaliz ünitelerinde Konsültasyon ve Liyezon hizmetlerinin gelişmesi gerekmektedir (50,52).

Hemodiyaliz ünitelerinde hijyenik ortam çok önemlidir. Hastalar ve hasta yakınları için bu çoğunlukla sıkıntı yaratan bir durum olmaktadır.

Araştırmamızda hasta yakınlarının tedavi ekinden beklentilerine bakıldığında; hijyenik ortam bekleyen (n=7, 98,00±11,39) kişinin ADÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak düşüktür (p<0.01).

Bu durumu eğitim düzeyi arttıkça kişilerin farkındalıklarının artmasına bağlayabiliriz. Hemodiyaliz ünitelerinde hijyenik ortam çok önemlidir. Diyaliz ünitelerinde hijyenik ortamın olmasını bekleyen hasta yakınlarının hastalarına karşı daha duyarlı olmasına, hastalığın bilincinde olmalarına bağlayabiliriz.

Ayrıca; tedavi ekibinden hastalarına karşı en fazla ilgi- hoşgörü bekledikleri (n=78, 118,86±22,25) sonucu çıkmış, fakat ADÖ puan toplam ortalamaları ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p>0.05). Hasta aileleri diyaliz saatleri içerisinde özellikle hemşirelerin hastalarına karşı, hoşgörülü davranmalarını istemektedirler.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada; Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı alan hastaların ailelerinin durumları değerlendirilmiş ve aile işlevselliği incelenerek aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışma kapsamına alınan hastaların, yaş ortalamaları $54,46 \pm 15,17$, evli, ilkokul mezunu, çalışmayan, sosyal güvencelerinin var olduğu belirten, ikinci hastalığı olanlar olarak bulunmuştur.
- Çalışma kapsamına alınan hasta yakınlarının yaş ortalamaları $42,9 \pm 14,42$ 'dir. Hasta yakınlarının ilkokul, evli, çalışmayan, sosyal güvencesi olan, ekonomik durumu kısmen yeterli, çekirdek aile, herhangi bir kronik hastalığı olmayan, genelde hastanın eşi olan, ailede başka KBY tanısı konan hasta olmayan hasta yakınları oluşturmaktadır.
- Hasta yakınlarının, hastalık öğrenildiğinde üzüntü duydukları, hastanın tedaviye uyumuyla ilgili sorunlar yaşadıkları bu durumu kabullenmedikleri, birbirlerine destek oldukları, fakat hala hastanın durumuyla ilgili üzüntü duydukları, KBY'den sonra aile ilişkilerinin güçlendiğini, diğer aile bireyleriyle hastanın sorumluluklarını paylaştıklarını, bu konuda doktordan bilgi almak istediklerini, tedavi ekibinden en fazla ilgi- hoşgörü beledikleri sonuçları bulunmuştur.
- Hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerine göre ADÖ toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde; eğitim durumları, ilkokul mezunu ve okur yazar olmayan ADÖ toplam puan ortalamaları, lise mezunlarının ADÖ toplam puan ortalamalarından düşük olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < 0.01$).
- Hasta yakınlarının çalışma durumlarına göre; çalışmayan hasta yakınları daha fazla olduğu ve ADÖ toplam puan ortalamaları düşük olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).
- Hasta yakınlarının genelde ekonomik durumlarına verdikleri cevap kısmen yeterli olup, ADÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p < 0.01$).

- Aile içi ilişkilerle ADÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; birbirlerinin fikirlerine saygı duyanların ($p<0.05$), birbirine destek olanların ($p<0.01$) ADÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak düşük bulunmuştur. Hiç geçinemediklerini söyleyen hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları da istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Aile içinde sık sık tartışmadıklarını ve hiç konuşmadıklarını söyleyenlerin sayısı da oldukça düşük bulunmuş olup, ADÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($p>0.01$).
- Hasta yakınlarının KBY ile ilgili bilgi düzeyleri ve bilgi almak istedikleri sağlık çalışanlarının ADÖ toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde; çoğunluğunun bilgi sahibi olmadığı ve bilgi almak istedikleri kişilerin doktorlar olduğu dikkat çekicidir. Yine ADÖ toplam puan ortalamaları ile arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).
- Örneklem grubunun tedavi ekibinden bekledikleriyle ADÖ toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde; hijyenik ortam, bilgilendirme, organ nakli için destek, psikolojik destek beklerken, büyük bir çoğunluğu ise, bakım- tedavi, en çok da ilgi- hoşgörü beklemektedir. Diyaliz merkezinde hijyenik ortam bekleyen hasta yakınlarının ADÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşüktür ($p<0.01$).

Yaptığımız çalışmanın hipotezini doğrulayan sonuçlar elde edilmiştir. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı alan hastaların ailelerinin yaşadığı sosyoekonomik düzeyde sorunların var olduğu ve bunun hastaların ekonomik durumları, sosyal destekleri, eğitim durumlarıyla etkilendiği bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda şunlar önerilebilir;

- Hasta ve hasta aileleriyle terapötik ortamın oluşturulması sağlanmalıdır.
- Hemşire, hasta ve hasta ailesi; sosyodemografik boyutlarıyla ele alarak, hasta ve ailenin hastalıkla ilgili iç görü sahibi olmalarını, hastalık algılarını gözlemleyerek yetersiz kaldıkları alanlara eğitim programları düzenlemelidir.
- Hasta yakınlarının kronik hastalık sürecinde, hasta ve ailenin ayrılmaz bir bütün olarak görülmesi, bütüncü yaklaşımla ele alınması ve gerektiğinde konsültasyon ve liyezon psikiyatrisi birimiyle işbirliği yapılması, gerekirse bu birimlerin diyaliz merkezlerinde oluşturulmasına yönelik çalışmalar yapılması önerilebilir.

9.EKLER

EK 1. Bilgi Formu

EK 2. Aile Değerlendirme Ölçeği

EK 3. Kurum Onayı

EK 1
BİLGİ FORMU

Aşağıda sizinle ilgili sorular bulunmaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Tüm soruların cevaplandırılması önem taşımaktadır. Verdiğiniz cevapların hepsi bizde gizli kalacaktır. Araştırmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Hasta Yakınının

Hastanın

Adı-Soyadı (KOD) :

Adı-Soyadı (KOD):

Tel No:

Hastayla İlgili Bilgiler

1. Hastanın yaşı nedir?

1)10-18yaş 2)19-27yaş 3)28-36yaş 4)37-45yaş 5)45 yaş üzeri

2. Hastanızın cinsiyeti nedir?

1)Kadın 2)Erkek

3. Hastanızın eğitim durumu nedir?

1)Okur-yazar 2)İlkokul mezunu 3)Ortaokul mezunu 4)Lise mezunu 5)Üniversite mezunu

4. Hastanızın çalışma durumu nedir?

1)Çalışıyor 2)İşsiz 3)Emekli 4)Ev Kadını

5. Hastanız kaç ay/kaç yıldan beri tedavi görüyor?

1) yıldan az 2)1-3 yıl 3)4-6 yıl 4)7 yıl ve üzeri

Hasta Yakınıyla İlgili Bilgiler

6. Yaşınız?

1)18-25yaş 2)26-33yaş 3)34-41yaş 4)42 yaş ve üzeri

7. Eğitim durumunuz?

1)Okur-yazar 2)İlkokul mezunu 3)Ortaokul mezunu 4)Lise mezunu
5)Üniversite mezunu

8. Çalışma durumunuz nedir?

1)Çalışıyor 2)İşsiz 3)Emekli 4)Ev Kadını

9. Medeni Durumunuz nedir?

1)Evlı 2)Boşanmış 3)Eşi ölmüş 4)Ayrı yaşıyor

10. Aile yapınız nedir?

1)Çekirdek aile 2)Geniş aile 3)Parçalanmış aile 4)Diğer.....

11. Sosyal güvenceniz var mı?

1)Yok 2)Emekli Sandığı 3)SSK 4)Bağ-kur 5)Diğer.....

12. KBY tanısı alan hastanızın size yakınlık derecesi nedir?

1)Annem 2)Babam 3)Oğlum 4)Kızım 5)Eşim 6)Diğer.....

13. Ailede KBYtanısı almış başka birey var mı?

1)Evet 2)Hayır

14. Yakınınızın hastalığını öğrendiğinizde neler hissettiniz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz).

1)Üzüntü
2)Korku
3)Kaygı
4)Suçluluk
5)Kabullenememe (Reddetme)
6)Umutsuzluğa kapıldım
7)İçime kapandım

15. Bu durumu kabullendiniz mi?

1)Evet 2)Hayır

16. Őu anda hastanın durumuyla ilgili ne dűŐunuyorsunuz?

- 1)Çok uezuluyorum
- 2)Kaygı duyuyorum
- 3)Normal karşılıyorum
- 4)Kabullenemiyorum
- 5)Suçluluk duyuyorum
- 6)Tedavi olacağına inanıyorum
- 7)Tedavi olacađını dűŐünmüyorum

17. Aile içi iliŐkileriniz nasıldır ? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- 1)Birbirimizin fikirlerine saygı duyarız
- 2)Birbirimize destek oluruz
- 3)Sık sık tartışırız
- 4)Hiç geçinemeyiz
- 5)Hiç konuŐmayız

18. Ailede KBY tanısı alan bireyin olması aile dűzeninizi nasıl etkiledi?

- 1)İliŐkilerimiz güçlendi, dayanıŐmamız arttı
- 2)İliŐkilerimiz sarsıldı
- 3)İliŐkilerimizi etkilemedi

19. Diğer aile bireyleriyle hastanın sorumluluklarını paylaŐıyor musunuz?

- 1)Evet
- 2)Hayır
- 3)Kısmen

20. KBY hastalığıyla ilgili herhangi bir bilgi aldınız mı?

- 1)Evet
- 2)Hayır

21. Bu konuda kimden bilgi almak istersiniz?

- 1)Bilgi almak istemem
- 2)Doktor
- 3)Hemşire
- 4)Diğer

EK 2

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. **Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.** Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (*Aynen Katlıyorum/ Büyük Ölçüde Katlıyorum/ Biraz Katlıyorum/ Hiç Katılmıyorum*)

Her cümlenin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. **Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz.** Mümkün olduğu kadar **çabuk ve samimi cevaplar** veriniz. **Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz.** Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

Tablo 4:Aile Değerlendirme Ölçeği ile ilgili Bulguların Dağılım

Aile İşlevleri	Aynen Katlıyorum n (%)	Büyük Ölçüde Katlıyorum n (%)	Biraz Katlıyorum n (%)	Hiç Katılmıyorum n (%)
1 Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız	()	()	()	()
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz	()	()	()	()
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getiremezler	()	()	()	()
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler	()	()	()	()
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz	()	()	()	()
7. Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız	()	()	()	()
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız	()	()	()	()
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız	()	()	()	()

10. Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlar	()	()	()	()
11. Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz	()	()	()	()
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız	()	()	()	()
13. Bizim evdekiler ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler	()	()	()	()
14. Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15. Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur	()	()	()	()
16. Ailemizin üyeleri, birbirine hoşgörülü davranırlar	()	()	()	()
17. Evde herkes başına buyruktur	()	()	()	()
18. Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler	()	()	()	()
19. Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz	()	()	()	()
20. Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz	()	()	()	()
21. Ailecek korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
22. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz	()	()	()	()
23. Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor	()	()	()	()
24. Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25. Bizim ailede herkes kendini düşünür	()	()	()	()
26. Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz	()	()	()	()
27. Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz	()	()	()	()
28. Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz	()	()	()	()
29. Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir	()	()	()	()
30. Ailemizde her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()
31. Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz	()	()	()	()
32. Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33. Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız	()	()	()	()
34. Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz	()	()	()	()
35. Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36. Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	()	()	()	()
37. Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz	()	()	()	()

38. Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz	()	()	()	()
39. Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır	()	()	()	()
40. Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız	()	()	()	()
41. Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur	()	()	()	()
42. Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir	()	()	()	()
43. Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44. Ailemizde hiçbir kural yoktur	()	()	()	()
45. Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir	()	()	()	()
46. Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz	()	()	()	()
47. Evde kurarlara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz	()	()	()	()
48. Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir	()	()	()	()
49. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz	()	()	()	()
50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz	()	()	()	()
51. Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz	()	()	()	()
52. Sinirlenince birbirimize küseriz	()	()	()	()
53. Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez	()	()	()	()
54. Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz	()	()	()	()
55. Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56. Aile içinde birbirimize güveniriz	()	()	()	()
57. Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz	()	()	()	()
58. İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz	()	()	()	()
59. Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz	()	()	()	()
60. Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

EK 3



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU**


Sayı :B.30.2.HAL.0.82.00.00./100-769
Konu :

01.12./2006

FRESENIUS MEDICAL CARE DİYALİZ MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Tülay ASAN'ın Yrd.Doç.Dr.Özlem IŞIL'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak "*Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hastaların Ailelerinin Değerlendirilmesi*" konulu araştırmasını kurumunuzda yapabilmesi için gereğini saygılarımla arz ederim.


Yrd.Doç.Dr.Özlem IŞIL
Tez Danışmanı


Yrd.Doç. Dr. Kürşat ÖZDİLLİ
Hemşirelik Yüksekokulu Müdür Vek.

Ek(1):Ön Proje Çalışması



Fresenius Medical Care

Sayın İlgili,

Sayın Tülay Asan' ın, Yrd. Doç. Dr. Özlem Işıl danışmanlığında hazırlayacağı "Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hastaların Ailelerinin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasını kurumumuz bünyesinde İstanbul İli' nde faaliyet gösteren diyaliz kliniklerini kapsayacak şekilde yürütmek üzere başvurusu değerlendirilmiştir. Tez çalışmasının yürütülmesi, çalışma kapsamında yapılacak tüm klinik içi faaliyetlerin kurum içi kurallara, hasta haklarına uyumlu olması ve elde edilen bilgilerin tez çalışması dışında 3. şahıs ve kurumlarla paylaşılmaması koşullarıyla uygun bulunmuştur. Üniversiteye verilecek tez çalışmasının bir örneği Fresenius Medical Care-Türkiye' ye teslim edilecektir.

Dr. Cengiz Doğan
Medikal Destek Departman Müdürü

05.02.2017

Genel Merkez: Eski Büyükdere Cad. Ayazağa Yolu –GİZ 2000 Plaza
No:7 Kat: 17 Maslak - İSTANBUL
Tel: +90 335 7 200 Fax: +90 335 7 250

10.KAYNAKLAR

- 1.Akpolat T., Utaş C.: Diyaliz. Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı, Güzel Sanatlar Matbaası, 2001,s:29-33.
2. Akyol Durmaz A., Fadilloğlu.: Hemodiyalize Giren Hastaların Rehabilitasyon Programlarına İlişkin Beklentileri ve bu Beklentilerin Umut Düzeyine Olan Etkisinin İncelenmesi,Çınar Dergisi, 7(1):8-13, 2001.
- 3 .Ataman R., Dalmak S., Erek E., Serdengeçti K.: Hemşireler için Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon. Türk Nefroloji Derneği Yayınları . İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi., İstanbul
- 4.Aydemir Ç., Cebeci S., Göka E., Kasım İ., Tüzer V.: Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar, Kriz Dergisi, 10(2):29-40, 2002.
- 5.Aydemir Ö., Gülseren Ş., Güvenir, T., Özmen E., Soykan.: Psikiyatri Konsültasyonu El Kitabı, Editör: Ömer Aydemir, Matsan, İstanbul, 1999.
- 6.Bahar A.:Hemodiyaliz ve Psikososyal Yaklaşımlar. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, s:26-29, Temmuz-Ekim, 2006.
- 7.Batmaz M., Dursun S., Özdilli K., Özhan F., Sabuncu N., Soydan M.: Sürekli Hemodiyaliz Yapılan Hastalarda Öfke Duygusu ve İfadesinin Değerlendirilmesi,Nefroloji Hemşireliği Dergisi, s:11-16, Mart- Nisan 2005.
8. Bozkurt G., Erdim L., inal S.: Annelerin Çocuklarının Hastaneye Yatışından Etkilenme Durumlarının Araştırılması, Atatürk Üniversitesi H.Y.O. Dergisi, 9(3), s:36-42, 2006.
9. Bozkurt G., Erdim L., İnal S.: Ailelerin Çocuklarının Hastalığının Akut veya Kronik Oluşundan Etkilenme Durumları.Hemşirelik Forumu Dergisi, s:35-38, Temmuz-Ağustos 2005.
10. Buldukoğlu K., Doğan S., Kum N., Öz F., Özcan A., Özeltin G., Pektekin Ç., Terakye G., Yurt V.: Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Editör:Nebahat Kum.Koç Vakfı Yayınları- No:13, Birmat Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti., İstanbul, 2000,s:33-35.
- 11.Çetin S.: Kronik Kalp Hastalarının ve Psikiyatri Hastalarının Eşlerinin Ruhsal Durumları ve Hemşirelik Yaklaşımları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,1998,(Danışman Doç .Dr. Çaylan Pektekin).
- 12.Çevik A., İzmir M. ve ark. Psikosomatik Bozukluklar. Kronik Renal Hastalık, Diyaliz ve Transplantasyon.1995.

- 13.** Çınar S., Kahraman A., Pınar R.: Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek Depresyonu Etkiler mi?. s:46-53, Nefroloji Hemşireliği Dergisi, Temmuz- Ekim 2006.
- 14.** Çuhadar D., Sertbaş G.: Diyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Görülen Psikiyatrik Sorunlar. Hemşirelik Forumu Dergisi, cilt 7, s:27-31, Mayıs- Haziran 2004.
- 15.** Doğan S., Kelleci M.: Fiziksel Hastalık Nedeniyle Hastanede Yatan Bireylerin Bazı Tanı Gruplarına Göre Umutsuzluk Düzeyleri. İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O Dergisi, Cilt 13, Sayı 52, 2004.
- 16.** Enç N.: Kronik Böbrek Yetmezliği ve Cinsel Fonksiyon, Nefroloji Hemşireliği Dergisi, s:18-20, Mart- Haziran 2005.
- 17.** Enderer M., Özkan S., Turgay M.: Diyaliz ve Transplantasyonda Psikiyatrik Morbidite, Psikososyal uyum: Liyezon Psikiyatrisi Ekibinin Aktiviteleri, Aktüel Tıp Dergisi, 1(1), s:21-26, Mayıs 1996.
- 18.** Erten Y., Sağduyu A.: Hemodiyalize Giren Böbrek Hastalarında Ruhsal Bozukluklar, Türk Psikiyatri Dergisi, 9(1):13-22, 1998.
- 19.** Fadılloğlu Ç., Yıldırım Kuzeyli Y.: Diyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Çınar dergisi, 9(1): 24-27, 2003.
- 20.** Gorman M.L., Raines L.M., Sultan F.D.: Psychosocial Nursing For General Patient Care, F.A. Davis Company, s:299-300. Phidelpia, 2002.
- 21.** Gölge H., Tezcan F.: Diyaliz Hastalarının Sürekli Öfke ve Öfke İfade Düzeyleri. 16.Ulusal Böbrek Hastalıkları Kongresi, Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi, 15(4), s:47, Ekim 2006.
- 22.** Gülerce A.: Türkiye’de Ailelerin Psikolojik Örüntüleri, İstanbul, 1999, s:4-7.
- 23.** Henrich William L.: Principles and Practice of Dialysis. University of Maryland Medical Center. Baltimore, Maryland, 2004, s:556.
- 24.** Jeffrey C.: Renal Nursing. Edit: Thomas N.: Community Nursing in Renal Care. Bailliere Tindal, 2002, p:401.
- 25.** Kaçmaz N.: Fiziksel Hastalığa Uyum Süreci Yaşayan Hastalarda Konsültasyon Ve Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Modeli Geliştirme Çalışması. İstanbul Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2003 (Danışman: Ydr. Doç. Dr. Yasemin Kutlu)
- 26.** Kahraman A., Çınar S., Pınar R.: Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek Depresyonu Etkiler mi?, Nefroloji Hemşireliği Dergisi, s:46-53, Temmuz- Ekim 2006.

27. Kara B., İşcan B.: Hemşirelerin Hemodiyaliz Hastalarında Algıladıkları Stresörler, s:57-65, Kasım 2005- Şubat 2006.
28. Karabulutlu E., Karahisar F., Okanlı A., Öztürk D.: İki Üniversite Hastanesinde Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Depresyonla Başa Çıkma becerilerinin Karşılaştırılması, 16.Ulusal Böbrek Hastalıkları Kongresi, Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi,15(4), s:152, Ekim 2006.
29. Karadeniz G., Üstün Eşit M.: Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(1), s:34-42, 2006.
30. Kaye R., Leigh H., Barry S.: The Role of the Liaison Psychiatrist in a Hemodialysis Program: A Case Study, 4(3),1974.
31. Kettaş E.: Böbrek Transplantasyonunda Hemşirelik Bakımı. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, s:23-30, Kasım 2005- Şubat 2003.
32. Kimmel PL., Thamer M., Richard CM., Ray NF.: Psychiatric Illness Patients with End Stage Renal Disease. Am. J. Med, 1998, s:214-221.
33. Küçük L.: Diyaliz Hastalarına Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Anksiyete, Depresyon ve Başetme Biçimlerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2006 (Danışman Ydr. Doç. Dr. Özlem İşıl).
34. Küçük L. :Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Algıladıkları Sosyal Desteğin Umut Düzeylerine ve Yoğun Bakımda Kalış Sürelerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999 (Danışman: Doç. Dr. Nesrin Aştı).
35. Küçük L.: Diyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar. Türk Nefroloji Diyaliz Dergisi, 14(4): 166-170.
36. Mollaoğlu M.: Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Özbakım Gücü ve Depresyon, Nefroloji Hemşireliği Dergisi, S:55-59, Temmuz- Ekim 2005.
37. Ören B.: Acil Olarak Diyalize Alınan Hastaların Demografik Özellikleri ve Prognozları, Nefroloji Hemşireliği Dergisi,1(1):s:28-31, Ağustos- Kasım 2004.
38. Özeltin G., Psikiyatri Hemşireliğinde Hasta ve Hasta Aileleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi., 3(1), 1993.
39. Özcan Y., Baştürk M., Aslan SS.: Hemodiyaliz ve sürekli periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi. 36.Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bilimsel Yayınlar Kitabı, 2000, s:63.
40. Özçürümez G., Tanrıverdi N., Zileli L.: Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik Ve Psikososyal Yönleri. Türk Psikiyatri Dergisi., 14:1:72-80, 2003.

41. Özdağ N.: Halkın Organ Bağışı ve Nakline Bakışı, Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 1(1): s:46-50, Ağustos- Kasım 2004.
42. Özkan S.: Kronik Böbrek Hastalığı ve Diyalizde Psikiyatrik Morbidite, İ.Ü. Tıp Fakültesi Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi, Roche Yayınları, s:187, 1993.
43. Öztürk D., Yılmaz Karabulutlu E.: Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V'nin Yaşam Kalitesine Etkisi. 16.Ulusal Böbrek Hastalıkları kongresi, nefroloji ve transplantasyon dergisi, Cilt/Vol. 15, s:152,No:4, Ekim 2006.
44. Selçuk Y.: Türkiye'de Hemodiyaliz ve Kalite 2. Sempozyumu. Diyaliz Tipi ve Hasta Seçimi., Trabzon, 1-3 Temmuz 2004.
45. Tel H.: 21. Yüzyıl Psikiyatri Hemşireliği; PACED Modeli. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000, 4(1).
46. Terakye G.: Hasta Hemşire İlişkileri.s:10-107, Zirve Ofset Ltd. Şti., Ankara, 1998.
47. Titiz İ.: Renal Transplantasyona Pratik Yaklaşım, Editör: İzzet Titiz, İstanbul, Ocak 2004.
48. Tortumluoğlu G.: Transkültürel Hemşirelik ve Kültürel Bakım Modeli Örnekleri, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2), s:47, 2004.
49. Türkmen F.:Hemodiyaliz Seminerleri. Editör: Funda Türkmen, Ydr. Ed: Mustafa Aydın, Ydr. Ed:Cihan Ersan. Roche Yayınları, Deniz Ofset Matbaacılık, İstanbul, Eylül, 2002, s:19-20-23.
50. Ünal B.: Periton Diyalizinde Hasta ve Hasta Ailesinin Tedaviye Uyumu, Çınar Dergisi 7(2): 40-46, 2001.
51. Velioglu P.: Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, Alaş Ofset, İstanbul, 1999.
52. Yılmaz M.: Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hasta ve Ailesinin Hastalıkla Başetmesinde Hemşirenin Rolü, Çınar Dergisi 8(2): 29-, 2002.
53.: Türkiye'de Nefroloji- Diyaliz ve Transplantasyon Registry, Türk Nefroloji Derneği Yayınları. 2003.

11. ÖZGEÇMİŞ

1980 yılında Tekirdağ/Saray 'da doğan Tülay Asan ilk orta ve lise eğitimini aynı ilçede tamamladı. 2001 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden mezun oldu.

2001- 2004 yılları arasında Özel Çapa Diyaliz Merkezinde Hemodiyaliz Hemşiresi olarak çalıştı. 2003 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Hemodiyaliz Hemşireliği sertifika programına katıldı. 2004- 2006 yılları arasında Eczacıbaşı- Baxter RTS Avrupa Diyaliz Merkezinde Hemodiyaliz Hemşireliği yaptı. 2005 yılında Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliğinde Yüksek Lisans Programına başladı. 2007 yılında yüksek lisans programını tamamladı.

Tez çalışması sırasında Fresenius Medical Care Hemodiyaliz Merkezinde çalışmıştır. 2006 yılında Nöropsikiyatri İstanbul Hastanesinde çalıştı. Halen Nöropsikiyatri İstanbul Hastanesinde servis sorumlu hemşiresi olarak çalışmaktadır.