

**T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**DİYALİZ HASTALARINDA KABUL VE KARARLILIK
TERAPİSİ UYGULAMASININ İYİLİK HALİNE
ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Yasemin OĞUZ GÜNER**

**Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Psikoloji**

Tez Danışmanı: Dr. Eyyüb Ensari CİCERALİ

AĞUSTOS-2022

T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**DİYALİZ HASTALARINDA KABUL VE KARARLILIK
TERAPİSİ UYGULAMASININ İYİLİK HALİNE
ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Yasemin OĞUZ GÜNER

ORCID ID: 0000-0003-1508-2988

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Psikoloji

“Bu tez 12/08/2022 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Eyyüb Ensari CİCERALİ		
Dr. Öğr. Üyesi Lutfiye KAYA CİCERALİ		
Dr. Öğr. Üyesi Melike CEYLAN		

Enstitü Müdürü
Onay

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite ya da başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Yasemin OĞUZ GÜNER

12.08.2022



ÖNSÖZ

Bu tezin yazılması aşamasında, çalışmamı sahiplenerek her türlü desteği esirgemeyen danışmanım Dr. Eyyüb Ensari CİCERALİ Hocam'a ve değerli katkı ve emeğinden dolayı Dr. Lütfiye CİCERALİ hocama teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Yasemin OĞUZ GÜNER

12.08.2022



İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	ii
TABLO LİSTESİ	iii
ŞEKİL LİSTESİ	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNDE YAŞAM	3
1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Kavramı	5
1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Diyaliz Tedavisi.....	8
BÖLÜM 2: PSİKOLOJİK İYİLİK HALİ.....	14
2.1. Yaşam Kalitesi ve İyilik Hali	15
2.2. Kronik Hastalık ve Psikolojik İyilik Hali	15
BÖLÜM 3: KABUL VE KARARLILIK TERAPSİ.....	19
3.1. Psikolojik Esneklik	22
3.2. Psikolojik Katılık	24
3.3. ACT Psikolojik Sağlık Modeli.....	25
3.3.1. Kabul.....	26
3.2.2. An ile Temas.....	26
3.3.3. Değerlerle Temas.....	26
3.3.4. Bağlamsal Benlik.....	28
3.3.5. Bilişsel Ayırışma.....	28
3.3.6. Değer Odaklı Davranışlarda Kararlılık.....	29
BÖLÜM 4: ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	30
4.1. Araştırma Modeli	30
4.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	30
4.3. İşlem.....	31
4.4. Veri Toplama Araçları	32
4.4.1. Demografik ve Anamnez Anketi	32
4.4.2. Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28)	33
4.4.3. Psikolojik Esneklik Ölçeği	33
BÖLÜM 5: BULGULAR.....	34
BÖLÜM 6: TARTIŞMA VE SONUÇ	66
KAYNAKÇA	70
EKLER.....	74

KISALTMALAR

ACT	:	Kabul ve Kararlılık Terapisi
BDT	:	Bilişsel Davranışçı Terapi
DM	:	Diyabetes Mellitus
GFR	:	Glomeruler Filtrasyon Hızı
KBH	:	Kronik Böbrek Hasarı
KBY	:	Kronik Böbrek Yetmezliği
SDBY	:	Son dönem böbrek yetmezliği
WHO	:	Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1 : Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Bulguları	7
Tablo 2 : Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Unsurları	16
Tablo 3 : Hastalara yapılan Değerler Çalışması ve İçeriği.....	27
Tablo 4 : Müdahale İçeriği	31
Tablo 5 : Müdahale Planı	32
Tablo 6 : KBY Teşhisi ile Duygu ve Düşünce Değişikliği	33
Tablo 7 : Katılımcı Demografik Verileri (Yaş, Cinsiyet, Eğitim, Gelir düzeyi, Medeni Durum) ve Değerlendirilmesi	59
Tablo 8 : Katılımcı Hastaların Hastalık Anamnez Verileri.....	60
Tablo 9 : Diyaliz Anamnez Verileri.....	60
Tablo 10 : Katılımcıların Psikolojik Esneklik Puanının Çalışma Öncesi ve Sonrasının Karşılaştırılması	61
Tablo 11 : Değer Odaklı Davranışların Değerlendirilmesi	63
Tablo 12 : Genel Sağlık Anketi Çalışma Öncesi ve Sonrası Verilerinin Karşılaştırılması	64
Tablo 13 : Genel Sağlık Anketi Alt Ölçeklerinin ACT Müdahalesi Öncesi ve Sonrasının Karşılaştırılması	64

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 1 : ACT Psikolojik Esneklik Modeli	23
Şekil 2 : Psikolojik Esneklik Modelinde Meslek Ortakları	24
Şekil 3 : Psikolojik Esneklik Modelinde Meslek Ortakları	24



Tezin Başlığı: “Diyaliz Hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi Uygulamasının İyilik Hali Etkisi”

Tezin Yazarı: Yasemin OĞUZ GÜNER **Danışman:** Dr. Öğr. Üyesi Eyyüb Ensari CİCERALİ

Kabul Tarihi: 12.08.2022

Sayfa Sayısı: ix (ön kısım)+73(tez)+3(ek)

Anabilim Dalı: Psikoloji

Bilim Dalı: Psikoloji

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), irreversible böbrek fonksiyonlarının bozulduğu, yaşamın sürdürülebilmesi için renal replasman tedavilerinden birinin yapılması gerektiği önemli bir sağlık sorunudur. Türkiye’de ve dünyada başta diyabet ve hipertansiyon gibi ailesel geçişli hastalıklara bağlı olarak prevalansının artacağı ön görülen ve hastalığa bağlı komplikasyonlarda mortalite riskinin yüksek olduğu bir hastalıktır. Bu nedenle hastalığın tedavisinde etkili yöntemler ve yaşam kalitesi araştırmaları ön plana çıkmaktadır. Hastaların diyalize bağlı birçok komplikasyon nedeniyle hospitalize edilmeleri gerekmektedir. Diyaliz için vasküler akses müdahalelerine (revizyon ve tedavi), mortaliteyi arttıran kardiovasküler hastalıklar başta olmak üzere komplikasyonlarda bir çok tedaviye ihtiyaç duyabilmektedirler. Bu nedenle, yaşam kalitesini bozan, yeniden yaşam değişikliği yönetimi gerektiren, psikososyal desteğin ihtiyaç duyulduğu bir süreçtir. Hastalarda anksiyete, depresyon, kaygı bozukluğu ve parasuicidal davranışların, önemli oranda görüldüğü bir tedavi sürecidir.

Hemen her yaşta görülüp, bazen yıllar içinde bazen de aniden ortaya çıkan kronik böbrek yetmezliği ile, yaşam koşulları tamamen değişmektedir. Kronik diyaliz tedavisi, sürecin belirsiz olduğu ve birçok stresörün etkilediği bir hastalıktır. Hastanın gelişim dönemi, aile içi rolü ve önemi, ya da toplumsal faydası hastalığın teşhisiyle önceliğini hayatta kalabilme mücadelesine bırakır. Artık yaşamın sürdürülebilmesi için, tıbbi bakım ve tedaviyi destekleyen davranış örüntüleri meydana gelir. İlk bakışta hayatın devamlılığı öncelik gerektirse de bireyin diğer ihtiyaçları, hayata ilişkin hedefleri ve çabaları perdelenir. Hastalarda yaşam kalitesi için psikososyal alanda multidisipliner çalışmaların artırılması gerektiği düşünülmektedir. Bundan yola çıkarak, farklı gruplarda çalışılmış Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) uygulamaları, diyaliz hasta grubundaki etkisi ölçülmesi amaçlanmıştır. Çalışmamız Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı Hemodiyaliz Ünitesinde tedavi alan rastgele KBY hemodiyaliz 14 yetişkin hasta ile katılımcılar oluşturulmuştur. Bu hastalarla 5 seanstan oluşan, içerisinde eğitim ve uygulama, görüşme ve kayıtlar gerçekleştirilmiş ve iyilik haline etkisi ölçülmüştür. Demografik veriler, psikolojik esneklik ve genel sağlık anketleri uygulanmış, üç seans kabul ve kararlılık terapisi aşamaları yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Diyaliz Hastaları, Kabul ve Kararlılık Terapisi, İyilik Hali

Title of the Thesis: The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Well-Being in Dialysis Patients	
Author: Yasemin OĞUZ GÜNER CİCERALI	Supervisor: Assist. Prof. Dr. Eyyüb Ensari
Date: 12.08.2022	Nu. of Pages ix (pre text)+73(main body)+3 (app.)
Department: Psychology	Subfield: Psychology
Chronic Kidney Failure (CRF) is an important health problem in which irreversible kidney functions are impaired and one of the renal replacement therapies should be performed in order to sustain life. It is a disease whose prevalence will increase due to familial diseases such as diabetes and hypertension in Turkey and in the world, and the risk of mortality in existing complications is high. For this reason, effective methods and quality of life studies come to the fore in the treatment of the disease. Patients may need many treatment processes, especially hospitalization with many complications related to dialysis, different vascular access, cardiovascular diseases that increase mortality. For this reason, it is a process that impairs the quality of life, requires life change management, requires psychosocial support, and has a substantial amount of anxiety, depression, anxiety disorder, and parasuicidal behaviors. Life conditions change completely with chronic kidney failure, which can be seen at almost any age and sometimes over the years and sometimes suddenly. Chronic dialysis treatment is a disease in which the process is uncertain and affected by many stressors. The patient's developmental period, family role and importance, or social benefit gives priority to the struggle for survival with the diagnosis of the disease. Behavior patterns that support medical care and treatment now occur so that life can be sustained. Although the continuity of life requires priority at first glance, the other needs, goals and efforts of the individual are veiled. It is thought that multidisciplinary studies in the psychosocial field should be increased for quality of life in patients. Based on this, it was aimed to measure the effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) practices studied in different groups, in the dialysis patient group. Our study the experimental group was formed with 14 adult patients on hemodialysis with random CRF who received treatment in Akdeniz University, Department of Internal Medicine, Department of Nephrology, Hemodialysis Unit. Training and practice, interviews and recordings were carried out with these patients, consisting of 5 sessions, and the effect on their well-being was measured. Demographic data, psychological flexibility and general health questionnaires were applied, and three sessions of acceptance and commitment therapy were performed.	
Keywords: Dialysis Patients, Acceptance and Commitment Therapy, Well-Being	

GİRİŞ

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), irreversible olarak böbrek fonksiyonlarının bozulduğu, yaşamın sürdürülebilmesi için renal replasman tedavilerinden birinin yapılması gerektiği, önemli bir sağlık sorunudur. Türkiye’de ve dünyada prevelansının artacağı ve buna bağlı olarak öz bakım aktivitelerinin eksikliği ile mevcut komplikasyonlarda mortalite riskinin artacağı ön görülmektedir. Bu nedenle, hastalığın tedavisinde etkili yöntemler ve yaşam kalitesi araştırmaları ön plana çıkmaktadır. Renal replasman tedavisi, hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) veya böbrek nakliyle yapılabilmektedir. Ancak ülkemizde ve dünyada organ bağışının yetersizliği nedeniyle, kadavra nakilleri istenilen oranların çok altında olup, hastaların önemli bir kısmı diyaliz tedavisi görmektedir.

Diyaliz tedavisi ya oluşturulan damara ulaşım yolu ile hemodiyaliz makinesi yardımıyla, ya da periton zarı yardımıyla kullanılan diyaliz solüsyonları ile gerçekleştirilmektedir. Farklı diyaliz modaliteleri hastanın durumuna uygun olarak uygulanmakla birlikte, hemodiyaliz işlemi standart koşullarda haftada 3 gün 4’er saat olacak şekilde uygulanmaktadır. Ancak böbrekler vücudun metabolik, endokrin, sıvı elektrolit ve asit baz dengesinde önemli bir organ olması nedeniyle, tek başına hemodiyaliz işlemi yeterli gelmemekte, hastalarda kısıtlı diyet, tuz ve sıvı alımı, çok sayıda farmakolojik desteğin yapılması gerekmektedir. Buna rağmen hastaların, diyalize bağlı birçok komplikasyon nedeniyle hospitalize edilmeleri, farklı damar yolu açılması, mortaliteyi arttıran kardiovasküler hastalıklar başta olmak üzere birçok tedavi sürecine ihtiyaç duyulabilmektedir. Bu nedenle KBY, yaşam kalitesini bozan, yeniden yaşam değişikliği yönetimi gerektiren, psikososyal desteğin ihtiyaç duyulduğu, anksiyete, depresyon, kaygı bozukluğu, parasuidal davranışların azımsanmayacak oranda olduğu karmaşık bir süreçten meydana gelir.

Kronik hastalıkların yönetimi, medikal ve duygusal destek ile birlikte yürütüldüğünde, hastanın sağkalımı ve iyilik hali üzerinde olumlu etkiyi sağlayabilir. Her ne kadar sağkalım nedeniyle medikal destek ön plana çıksa da kronik hastalıkla yaşam kalitesi tartışmalıdır. İyilik halinin, kronik böbrek yetmezliği tedavi sürecinin zorluğu nedeniyle, hastalarda anksiyete, depresyon başta olmak üzere birçok duygusal sorunlar yaşanmaktadır. Bu bağlamda, kronik böbrek yetmezliğinde en sık kullanılan tedavi

seçeneği hemodiyaliz ve periton diyalizinde, yaşanan sorunların üstesinden gelinmesini destekleyecek alternatif yöntemlere ihtiyaç duyulduğu gözlenmiştir. Bundan yola çıkarak farklı gruplarda kullanılan Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) uygulamalarının, yaşam kalitesi bozulan, psikolojik desteğe ihtiyaç duyan KBY hastalarında da etkisi ölçülmesi amaçlanmıştır.



BÖLÜM 1: KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNDE YAŞAM

İçinde bulunduğumuz yüzyılın getirdiği medikal gelişmeler, insan ömrünün uzamasına neden olsa da kronik hastalığı olan bireylerde bu sürecin nasıl geçeceği sorunsalını da beraberinde getirmektedir. Kronik bir hastanın gündemi, hastalığa bağlı sağlık sorunlarının egemenliğinde yürüyen, bağımlı yaşam koşulları anlamına gelmektedir. Hemen her yaşta, bazen yıllar içinde, bazen aniden ortaya çıkan, kronik böbrek yetmezliği ile yaşam koşulları, tamamen değişmektedir. Bireyin gelişim dönemi, aile içi rolü ve önemi, topluma faydası gibi konular, hastalığın teşhisiyle birlikte önceliğini, hayatta kalabilme mücadelesine bırakır. Teşhisle yaşamın sürdürülebilmesi için, tıbbi bakım ve tedaviyi destekleyecek, davranış örüntüleri meydana gelir. Hangi yaş, cinsiyet ya da sosyal konumda olduğu önemini kaybeder. İlk bakışta hayatın devamlılığı ilk amaç olsa da, bireyin diğer ihtiyaçları, hayata ilişkin hedefleri ve bu yolda yaptıkları yok sayılır hale gelir. Bir aile için kronik böbrek yetmezliği olan çocuğun yaşatılması, onun diğer kardeşlerinden daha fazla ilgi gösterilmesine, ebeveynlerden birinin hastalığı halinde ise, aile içi rollerin değişmesine, bakım ihtiyacından mutfak düzenine, akrabalık ilişkilerinden okul ya da iş hayatına kadar uzanan köklü değişikliklere neden olur.

Böbrek yetmezliğinin belirlenmesinde en önemli parametre, kreatinin adı verilen protein yıkım ürününün böbreklerdeki süzülme oranı yani, “kreatinin klirensidir”. Böbreğin glomerullerinin dakikadaki oranı yani “Glomeruler Filtrasyon Değeri (GFR) böbrek fonksiyonlarının en önemli göstergesidir. GFR genç erişkinlerde normal değeri 125ml/dak/1,73m² iken bu oranın < 60 ml/dak/1.73m² olması, böbrek yetmezliği olarak tanımlanmaktadır. Süzme fonksiyonunda azalmanın sonucu olarak üre ve kreatinin gibi atık ürünler birikir. Bu durumda, birçok sistem/organın fonksiyonu etkilenir. Kronik böbrek hastalığının 3 aydan uzun sürmesi ya da kronik böbrek hastalığı zemininde akut böbrek hasarı oluşması, başlıca Diyabetes Mellitus, Glomerulonefrit, Hipertansif Nefropati, doğumsal anomaliler gibi nedenlerle kronik böbrek yetmezliği meydana gelebilmektedir. Bu bağlamda kalıtsal hastalıklardan Diyabet ve Hipertansiyon başta olmak üzere, böbrek hasarlanmalarının bir sonucudur. Böbrekte yapısal veya fonksiyonel anormalliklerin olması, her zaman bir böbrek yetmezliğine yol açmasa da bir böbrek hastalığının varlığını ifade eder. Böbrek hastalığı, hem hasta için önemli kardiyovasküler risk faktörü, hem de önemli bir sağlık gideridir. Hastada idrar miktarı 6 saatte 0,5ml/kg/sa altına düşer, serum kreatinin düzeyinde bazale göre 1,5 kattan daha fazla ya da 48 saatte

serum kreatinin düzeyinde 0,3mg/dl ve üzerinde bir artış meydana gelir. Glomerüler filtrasyon değeri 20-25 ml/dakika olunca hastada üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlar. Bu bağlamda hastada, bulantı ve kusma, ödem, kilo kaybı, halsizlik, kaşıntı, üremik ağız kokusu başta olmak üzere sıvı elektrolit ve asit baz dengesizliğinin neden olduğu semptomlar meydana gelir. Ailesel olmayan nedenlerin başında sık geçirilen böbrek enfeksiyonları, doğumsal anomaliler ve taş gelmektedir. Kronik böbrek yetmezliğinden başlangıçta veya hastalığın seyri esnasında, etkilenmeyen organ veya sistem, hemen hemen yoktur. Bu durum böbreğin vücuttaki kritik rolünden ileri gelir ve bu nedenle “hayati organ” olarak tanımlanır. Akut veya Kronik böbrek yetmezliği durumu, acil müdahale gerektiren hayatı tehdit eden, hastalıklardan biridir. Bu durumda hastalar renal replasman tedavilerine yani diyaliz veya böbrek nakline ihtiyaç duyarlar. Renal replasman tedavisi, “yerine koyma” tedavisi olarak da adlandırılan böbreğin yapamadığı görevleri müdahale ederek tedavi etme çabası olsa da bu durum, son derece kritik ve belirsiz işlemektedir. Bu nedenle hastalar belirsiz, kaygılı ve yaşam boyu devam edecek bir sürece eşlik etmek durumunda kalırlar. Medikal yaklaşımda, primer tanı hipertansiyon, diyabet, enfeksiyon, ilaç intoksikasyonları, otoimmün veya sistemik hastalıklar ve onların oluşturduğu hasarlar, koordine edilmeye çalışılır. Dolayısıyla ilaç tedavisi, diyaliz tedavisi, diyet ve sıvı kısıtlaması, anemi tedavisi, kardiyovasküler riskler ve üremik kemik hastalığı tedavileri ile hasta, multidisipliner bir medikal ekip tarafından tedavi ve takip sürecindedir. Ayrıca hastanın bireysel özellikleri, tedaviye verdiği cevap, sekonder hastalıkları ve komplikasyonları da tedaviyi sürekli sabote eder ki bu durum başta hasta ve yakınlarını oldukça yorar.

Diyaliz tedavisi hemodiyaliz ve periton diyalizi şeklinde yapılabilir. Hemodiyaliz işlemi için hastanın uygun bir damar giriş yoluna ihtiyacı vardır. Vasküler akses denilen bu ulaşım yolu ile, etkin bir diyaliz için sadece üç temel damar üzerinden gerçekleştirilebilir. Bunlar subcutan, internal juguler ve femoral venler üzerinden kateter, fistül ve greft adı verilen yollardan sağlanabilir. Eğer hastanın damar yolunda sorun çıkarsa o damar bir daha kullanılamaz. Bu durum, hemodiyaliz seçeneğini sınırlandıran ve dolayısıyla hastanın hayatta kalması için gerekli olan, en temel yolu kaybetmek anlamına gelir. Bu nedenle hasta, sağlık çalışanı ve aile açısından stresli bir takiptir. Her damar yolu, birçok komplikasyon açısından risk altındadır. Bu risk, bazen hasta, bazen de uygulama hatasından kaynaklanabilir. Etkin bir diyaliz, daha az sorunlu bir yaşam anlamına gelir.

Dolayısıyla hastanın, tedaviye uyumlu, doğru medikal takip-tedavi altında olması gerekir. Diğer diyaliz yöntemi olan periton diyalizi, karın zarı yardımıyla gün içerisinde dört veya beş kez, hasta tarafından ev ortamında, özel diyaliz odasında gerçekleştirilir. Periton kateteri ile yapılan bu diyaliz yönteminde hasta, daha koordine ve yaşamdan kopmadan hayatını sürdürebilir. Dolayısıyla uygun mental ve fiziksel koşullar varsa, hasta aktif yaşamdan kopmak istemiyorsa bu yöntemi kullanabilir. Bu nedenle çalışan ya da okula giden hastalar için yaşam kalitesi daha yüksek olan bir diyaliz yöntemidir. Ancak bunların dışında aletli periton diyalizi, ev hemodiyalizi gibi yöntemlerle de hastalar diyaliz yapabilmektedir. Her diyaliz yönteminde riskler, komplikasyonlar, tedaviye bağlı kısıtlamalar nedeniyle yaşam, hastalar için sürekli sekteye uğrama eğilimindedir. Bu durum hasta ve ailesi açısından iyi yönetilmesi gerekmektedir. Diğer bir renal replasman tedavisi böbrek nakli olup dünyada ve ülkemizde daha çok canlı verici ile gerçekleştirilebilmektedir. Kadavra organ bağışı oranlarının düşük olması ve tek böbrekle sağlıklı bireylerin yaşamını sürdürebilmesi nedeniyle, aileden ya da çapraz nakil ile canlı vericilerden nakiller gerçekleştirilebilmektedir. Her diyaliz hastası, aynı zamanda “Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi” ile kadavradan nakil beklemek için kayıt edilir. Puanlama sistemine göre hastaların nakilleri gerçekleştirilir. Bu durum hasta ve aileleri için, umut ve umutsuzluğun bir arada yürüdüğü bir süreçtir. Keza hastalar uygun donör bulunduğu hastaneye çağrılmakta, testler tekrarlanmakta ve içlerinden bir tanesi seçilerek diğerleri gönderilebilmektedir. Bu bağlamda kronik böbrek yetmezliği süreci fiziksel ve psikolojik pek çok sorunun çatısı altında incelemeyi gerektirmektedir.

1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Kavramı

Türkiye’de her altı kişiden birinde kronik böbrek hastalığı (KBH)’nın olduğu belirtilmektedir. Ulusal Böbrek Vakfı-Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi (NFK-DOQI) tanımlama sisteminde böbreğe ait bozukluk olmaksızın glomerül filtrasyon hızı (GFH)’nın 3 aydan uzun bir sürede 60 ml/ dk/1,73m²’den düşük olması veya GFH’nda azalma olsun olmasın böbrekte 3 aydan uzun süren yapısal ve işlevsel bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Topbaş, 2015).

Başlıca böbrek yetmezliğine neden olan hastalıklar;

- Glomerüler hastalıklar (diyabet, otoimmün hastalıklar, sistemik enfeksiyonlar, ilaçlar, neoplaziler)

- Vasküler hastalıklar (ateroskleroz, hipertansiyon, iskemi, vaskülit, trombotik anjiyopati)
- Tübülointerstisyel hastalıklar (idrar yolu enfeksiyonları, taşlar, obstrüksiyonlar, ilaç toksisitesi)
- Renal tübüler bozukluk (Renal tübüler asidoz, Nefrojenik Diyabetes İnsipitus, Renal potasyum kaybı, Renal magnezyum kaybı, Fanconi sendromu, Non-albümin proteinüri, Sistinüri)
- Böbrek rejeksiyonu
- Kistik ve konjenital hastalıklar
- Polikistik böbrek
- Pyelonefrit
- Displastik böbrek vb.

Diyaliz tedavisinin böbrek nakline göre daha fazla uygulandığı ülkemizde, kreatinin klirensi 10 ml/dakikanın altında olan hastalar hemodiyaliz ya da periton diyalizi ile tedaviye alınmaktadır. Kronik böbrek hastalığı (KBH)'nın sonucu, Glomeruler filtrasyon hızı (GFH/GFR) kategorisi, Albumin kategorisi, diğer risk faktörleri ve komorbid durumlar, yaş, cinsiyet, ırk, yüksek kan basıncı, hiperglisemi, dislipidemi, obezite, KVH hikayesi varlığı, nefrotoksik ajanlara devam eden maruziyet, sigara kullanımı, laboratuvar verileri vb. prognoz hakkında bilgi verir.

KBH, hastalığın şiddetine göre beş evrede sınıflandırılır. Son dönem böbrek yetmezliği (ESRD), Evre 5 olarak tanımlanmaktadır (Levey ve diğerleri, 2005). Düşük glomerüler filtrasyon hızı (GFR) ($< 60 \text{ mL/dk/1.73 m}^2$) söz konusudur. Bu evrede olan hastalar renal replasman tedavisine ihtiyaç duyarlar. Türkiye'de genel yetişkin popülasyonundaki KBH oranı %15,7'dir. Diğer bir deyişle yetişkin 6 kişiden birisinde KBH'lığı vardır. Düşük GFH $<60 \text{ mL/dk}$ olan hasta oranı ise %5,1 olup her 20 yetişkinin birisinde kritik düzeyde KBH olduğu saptanmıştır. Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelansı Araştırması (CREDIT) çalışmasında KBH'nın kadınlarda (%18,4) erkeklere (%12,8) oranla daha fazla görüldüğü, yaşla birlikte riskin belirgin bir şekilde arttığı, kırsal kesimde yaşayanlarda riskin daha fazla olduğu, ayrıca Marmara ve Güneydoğu Anadolu

bölgesinde yaşayanlarda KBH riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Süleymanlar ve diğerleri, 2011).

Glomerüler filtrasyonun saatler veya günler içerisinde azalarak üre ve kreatinin gibi nitrojen artık ürünlerin birikmesi ile ortaya çıkan Akut böbrek yetmezliği mortalite oranı yüksek bir hastalıktır. ABY en çok Prerenal nedenli olup renal perfüzyonun bozulması ile ortaya çıkan devam etmesi halinde renal yetmezliğe götüren bir durumdur.

Tablo 1
Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Bulguları

Sistem	Bulgu
Sıvı Elektrolit Bozuklukları	Hipovolemi, hipervolemi, metabolik asidoz, hiperpotasemi, hiperfosfatesi, hipokalsemi, hipfosfatemi, hipermagnezemi vb
Sinir Sistemi	Koma, stupor, polinöropati, uyku bozukluğu, demans, baş ağrısı, kramp, demans,tremor
Gastrointestinal Sistem	Gastrit, kronik hepatit, kanama, bulantı, kusma, iştahsızlık, hıçkırık, diyare, konstipasyon, özefajit, asit,perforasyon
Hematoloji-İmmünoloji	Eritrosit fragilitesinde artış, kanama, lenfopeni, mikrositik anemi, normokrom normositer anemi, aşı cevabında azalma, enfeksiyon eğilimi
Kardiyovasküler Sistem	Perikardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomyopati, hızlanmış ateroskleroz, aritmi
Pulmoner Sistem	Plevral sıvı, pulmoner ödem, üremik akciğer
Metabolik Endokrin Sistem	Glukoz intöleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, malnütrisyon, büyüme geriliği
Kemik	Üremik kemik hastalığı, hiperparatiroidi, amiloidoz, D vit metabolizma bozukluğu, artrit
Diğer	Kilo kaybı, noktüri, hipotermi, üremik ağız kokusu, karpal tünel sendromu, akkiz renal kistik hastalık

Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda yaşam süresi, altta yatan hastalığa, hastanın yaşına, kalp damar hastalığı, Diyabetes Mellitus varlığına göre değişiklik göstermektedir. Bir yıllık yaşam hızı %80-90, 5 yıllık yaşam hızı %60-75 ve 8 yıllık yaşam hızı %50-70 arasında değişmektedir. Ülkemizde hemodiyalize giren KBY hastalarında ölüm nedenlerinin başında %46 Kardiyovasküler, %15 serebrovasküler hastalık, %10 enfeksiyon, %7 malignite, %5 karaciğer yetmezliği, %1 akciğer embolisi, %17 diğer nedenler ve %5,3 nedeni bilinmemektedir (Tanrıverdi, 2010). Bu bağlamda KBY tüm sistemleri etkileyen, yakın takip ve dikkatli hasta yönetimi gerektiren, prognozu kötüleşebilen, hayati metabolik bozukluklara ve komplikasyonlarla ölüme gidebilen bir hastalıktır.

KBY’de Eritropoeitin üretiminde azalmaya ve dolaşımdaki eritropoez inhibitörlerine ve kısalmış eritrosit ömrüne bağlı olarak renal anemi meydana gelir. Nörolojik olarak hastalarda baş ağrısı, uyku bozukluğu, kas krampları, tremor, konvülziyonlar, stupor, koma, huzursuz bacak sendromu, periferik nöropati, otonomik nöropatiye bağlı ortostatik hipotansiyon ve impotans olarak sıralanabilir. Bu hastalarda beynin çeşitli bölgelerinde guanidosüksinik asit, metil guanidin ve kreatinin düzeyleri normalden yüksek tespit edilmiştir (Güner, 2019).

1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Diyaliz Tedavisi

Hastanın tıbbi, demografik ve psikososyal durumuna uygun olarak hemodiyaliz ya da periton diyalizi modalitelerinden birine hasta yönlendirilir. Hemodiyaliz işlemi için hasta ya kamu kurumunda hemodiyaliz ünitesinde veya özel merkezde haftada 3 gün 4 saat diyalize programlanır. Bu nedenle çalışan ya da okula giden hastalar için bu bir sorun teşkil edebilmektedir. Periton diyalizi için hastanın kognitif fonksiyonları, el becerisi, evdeki fiziki koşullarının uygun olması gerekir. Hasta uygulama konusunda eğitilir. Haftada 3 gün yapılan hemodiyalize göre her gün yapılan bu tedavi modalitesinde hasta, daha az üremik toksinlere maruz kalır. Daha rahat diyet kısıtlaması ve özgürlük olması açısından avantajlı olsa da “peritonit” en önemli risk ve mortaliteye giden sepsis nedenidir.

Hemodiyaliz ve periton diyalizi, bir nevi yapay böbrek gibi böbreğin işlevini yerine getirmek için tasarlanan tedaviler olsa da çoğunlukla hastalarda metabolik, endokrin, gastrointestinal sistem, dermatolojik, kardiyovasküler sistem sorunları devam eder. Kardiyovasküler mortalitenin en önemli sebepleri hava embolisi, membranlarda gelişen anafilaktik reaksiyon iskemik kalp hastalığı, kardiyomiyopati, hemodiyaliz sırasında hızlı elektrolit değişiklikleri, mikrovasküler hastalıklar ve endotelial disfonksiyondur (Başer, 2018).

Diyet, sıvı ve tuz kısıtlaması ilaç tedavileriyle birlikte diyaliz tedavisinin en önemli iş ortaklarıdır. Hastalar yeterli enerjiyi alabilmeli ancak iki seans arasında kuru ağırlığın üzerine çıkan kilo artışı 2-3 kg ‘ı geçmemelidir. Aksi halde diyaliz yeterliliği hesaplamalarında Kt/v değeri 1’in altına iner. Fazla sıvı uzun vadede hipervolemiye bağlı kalp yükünün artmasıyla kalp yetmezliğine, plevral effüzyon, sol ventrikül hipertrofisine neden olabilmektedir. Hemodiyaliz hastalarında hipertansiyon sık görülen, morbidite ve

mortaliteye neden olan, birincil kardiyovasküler hastalıktır. Aşırı sodyum, hipertansiyona, su birikimine ve kalp yetmezliğine yol açar. Böbrekler, kan sodyum düzeyinin düzenlenmesinde önemli görevi olan organlardandır. Böbrek yetmezliği, hipertansiyon ve sodyum arasında yakın bir ilişki söz konusudur. Böbrek yetmezliğinde vücutta sodyum birikir. Hedeflenenin üzerindeki kilo artışı diyaliz esnasında daha fazla sıvı çekilmesine neden olur. Hemodinamik değişiklik ve vital bulgulardaki ani değişiklikler hasta için olumsuz yan etkilere neden olabilmektedir. Bu nedenle tuz kısıtlamasıyla susama arasındaki ilişkiden yararlanılarak, hastalarda su değil tuz kısıtlaması önerilir. Ancak ne var ki birçok paketli ya da salamura ürün yüksek oranda tuz içerir. Dolayısıyla bu yiyecekler Na, K vb. içeriği nedeniyle hastalarda tüketilmemesi gerekir. Kas ve kalp çalışmasında önemli görevi olan bir mineraldir. Kanda potasyum değerinin çok fazla yükselmesi veya çok fazla düşmesi çok tehlikelidir. Böbrek yetersizliğinin ileri dönemlerinde kan potasyum düzeyi çok yükselir ve hayati tehlike ortaya çıkar. Kan potasyum düzeyi dikkatli izlenmeli ve diyetin potasyum düzeyi buna göre ayarlanmalıdır. Bir kan proteini olan Albüminin çok düşük olması yeterli miktarda protein ve/veya enerjinin alınmadığını gösterir. En önemli sorunlardan biri diyaliz hastalarında malnütrisyonudur. Hastalarda inflamatuvar değişiklikler hastanın genel iyilik halini olumsuz yönde etkiler. Diyaliz hastalarda bu eğilim artmıştır. KBY hastalarında iştahsızlık, bulantı, yetersiz diyaliz ve kullanılan ilaçların yan etkisi nedeniyle düşük protein alımı ve malnütrisyonun meydana gelmesi söz konusudur. Bu nedenle sağ kalım üzerinde diyalize uyumda en önemli noktalardan biri diyetle uyum gelmektedir. Laboratuvar verileri, göz önünde bulundurularak hazırlanan diyetle olası malnütrisyon, anemi ve sıvı elektrolit dengesizliklerini önleyecek bir içerik hazırlanır. Eşlik eden hastalıklar ve kullanılan ilaçlarla iyi bir diyet planı hastalığın kontrolü ve tedavinin etkinliği açısından dolayısıyla hasta yaşamı açısından çok önemlidir.

Hipotansiyon diyaliz esnasında en çok görülen komplikasyonlardan biridir. Çoğunlukla hastanın kuru ağırlığına ulaşmak için çekilen sıvı miktarı ile ilişkilidir. Tuz kısıtlamasının yanı sıra otonomik disfonksiyon, yüksek diyalizat ısısı, diyalizde yemek yeme, diyaliz öncesi antihipertansif ilaç kullanımı nedeniyle gelişebilmektedir. Hastalarda baş dönmesi, bulantı, baş ağrısı görülmesine yol açar. Hastalığın sıvı elektrolit ve asit baz dengesi bozukluğu, nörolojik, kognitif ve duyu durum bozukluklarla ilişkilidir. Diğer yandan psikiyatrik tedavi alan hastaların uzun süre kullandıkları ilaçların böbrek hasarına

neden olabilmektedir. Ancak böbrek fonksiyonlarının yeme bozukluğu, lityum kullanan duygu-durum bozukluğu olan hastalarda, nörobilişsel bozukluğu olan yaşlılarda ve komorbid bozuklukları olan şizofreni hastalarında, daha olumsuz seyrettiği kaydedilmektedir (Dikeç ve Dikeç, 2021).

Hipotansiyon dışında diyaliz yapılırken hastalarda en çok görülen komplikasyonlar kas krampları, baş ağrısı, bulantı, kusma, üremik kaşıntı, göğüs veya sırt ağrısı, üşüme, hava embolisi, kanama, aritmi, hipoksi, disequilibrium sendromu, hemoliz, elektrolit bozuklukları, kardiyak arrest ve ölüm gelişebilmektedir.

Uzun vadede oluşan kardiyovasküler sorunların yanı sıra, nörolojik sorunlar; diyaliz demansı, miyopati, nöropati, otonomik disfonksiyon, huzursuz bacak sendromu, üremik kaşıntı, disequilibrium sendromu görülebilmektedir. Hematolojik sorunlardan renal anemi, kanama diyatezi, kemik eklem bozuklukları ve enfeksiyonlardır.

1.3. Diyaliz Tedavisinde Yaşam Kalitesi Sorunları

Hafızada ve bilişsel fonksiyonlarda bozulmalar, erken periferik nöropati, diüretiklere yanıtız periferik ödem, inatçı kaşıntı, serum kalsiyum ve fosfor düzeyinin iyi kontrol edilememesi, Eritropoietin tedavisine dirençli anemi ile mücadele eden KBY hastasında, yaşam kalitesi önemli bir sorundur. Hasta, sağ kalımı sağlanırken uzun süre bu hastalıkla ve tedavinin yan etkileriyle oluşan belirsizlikler nedeniyle anksiyete ve depresyon eğilimi artmaktadır.

Diyaliz tedavisi gören hastalarda, diyaliz demansı ve disequilibrium sendromu görülebilmektedir. Disequilibrium sendromunda plazma solüt düzeyinin hızlı meydana gelen düşme beyin dokusundan daha hipotonik hale gelir ve su plazmadan beyin dokusuna geçerek bu sendroma yol açar. Diyaliz demansı, subakut başlangıçlı, progresif ve genellikle fatal seyirli bir durumdur. KBY hastalarında sıvı elektrolit dengesizlikleri, hiperürisemi, protein malnütrisyonu, büyüme ve gelişme geriliği, seksüel disfonksiyon, amenore, infertilite gibi birçok metabolik ve endokrin sorunlar görülmektedir (Güner, 2019). Renal Replasman Tedavilerindeki yaşam kalitesi diğer kronik hastalıklardan düşük olduğu bulunmuştur (Garcia ve diğerleri, 2010).

Böbrek nakli son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda yaşam süresini uzatır, yaşam kalitesini arttırır. Gerek canlı vericiden gerekse de kadavradan yapılan başarılı böbrek

transplantasyonlarında, diyaliz tedavilerinde olduğu gibi böbrek fonksiyonlarından bazıları değil, tamamı yerine getirilir.

Depresyon ve anksiyete bozuklukları HD hastalarında sık karşılaşılan, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkileyen hastalıklardır. Teles ve diğerlerinin (2014) yapmış olduğu çalışmada HD tedavisinin sabah olması, ileri yaş, düşük hemoglobin ve fosfat düzeylerinin depresyona zemin hazırladığı belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada diyaliz hastalarında yaşam kalitesi, depresyon, hospitalizasyon, sosyal sorunlar gibi nedenlerin, mortalite üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur (Schouten ve diğerleri, 2019). Yaşam kalitesinin diyaliz hastalarında bozulmasında, her seansta diyaliz damar giriş yollarının kullanılması, iğne girişimi, ağrı, kanama, tekrarlanabilen cerrahi operasyonlar, komplikasyonlar, yorgunluk, uykusuzluk, impotans, anksiyete, mortalite riski gibi sorunlar yer alır. Ayrıca yetişkin hastanın iş bulması ve işe devam etmesinde, öğrencinin eğitimini sürdürmesindeki devam ve performans zorlukları, psikososyal sorunlar, aile birlikteliğinin sürdürülmesindeki maddi ve manevi zorluklar, organ nakli bekleme süreci ve nakil olanlarda rejeksiyon nedeniyle tekrar diyalize bağlanma ihtimali yer almaktadır.

Uzun süreli HD tedavisi kişilik ve yaşam stili değişikliklerine neden olarak hastaların depresyon ve anksiyete gibi psikososyal problemler yaşamalarına zemin hazırlamaktadır (Şanlıtürk ve diğerleri, 2018). Hastalarda yaşanan sorunlar psikososyal işlevlerde bozulmalara neden olur. Örneğin hastalarda çalışamama, iş bulamama ile aile içi rol kaybı ve maddi sorunların yaşanmasına yol açar. Erkek hastalarda aile içi baba ve eş olarak rol kaybı, bakım ihtiyacı gündeme gelmektedir. Benzer durum kadınlar için de söz konusu olmakla birlikte bakımı verecek olan erkek olduğunda, aile birlikteliğinin bozulduğu gözlenmektedir. KBY hastası çocuğu olan ailelerde parçalanma veya sağlıklı çocukların ihmali söz konusu olabilmektedir. Diyaliz hastalarının eşleri üzerinde yapılan araştırmalar, eşlerin hastaya psikolojik yakınlık gereksinimi yanı sıra agresyon içinde olduklarını göstermiştir (Güner, 2019).

Hemodiyaliz hastalarında uyku sorunlarında prevalans %50 ile %83 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Uyku sorunları, hemodiyaliz hastalarının öz-bakım gücü ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Uzun ve diğerleri, 2003). Yapılan bir çalışmada hastalarda kafein tüketimi ve endişenin uyku bozukluğu ile ilgili başlıca faktörler olduğu, sigara kullanımı ve kemik ağrıları olanlarda uykusuzluk sorunun daha

fazla görüldüğü, hemoglobin seviyesi düşük olanlarda anemik kaynaklı dispne, çarpıntı, halsizlik bulgularıyla uykusuzluk arasında bağlantı olduğu gösterilmiştir (Holley ve diğerleri, 1992; Uzun ve diğerleri, 2003).

Yaşlanan dünyada yaşlı nüfusun bakımı önemli çözüm ve düzenleme gereken sorunlar içerisinde yer alır. Yaşlı ve KBY olan bireylerin bu anlamda psikososyal ve bakım ihtiyaçları yaşam kalitesi ve iyilik hali ile ilişkili olarak dokunulması gereken konular içerisinde yer alır. Yaşlının sosyalleşmesi böbrek yetmezliği olmasa bile kognitif faaliyetleri üzerinde önemli etkiye sahiptir. Yaşlının evden çıkması ve mümkün olan bakım ihtiyaçlarını kendinin gidermesi ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği onun yaşam kalitesi için önemlidir. Yaşlılarda ev içi kazaları, güvenlik, öz bakım gibi temel konular kronik hastalıkların varlığında sağlık ihtiyaçları çevresinde yeniden şekil almasına yol açar. Özellikle yaşlı ve tek yaşayan kronik böbrek yetmezliği olan hastalar için bu koşulların sosyal devletlerin en çok eğildiği düzenlemeler içerisinde yer almaktadır. KBY olan yaşlı bireylerde düşme ve düşmeye bağlı meydana gelen yaralanmalar kemik mineral yoğunluğunun renal osteodistrofinin etkisiyle önemli mortalite nedenidir. Yaşlı hastalarda düşme hızı yılda 1.76 olan bu oran bakım evlerinde kalan yaşlılardan daha fazla olduğu belirlenmiştir. Özellikle kalça kırığı genel nüfusa göre diyaliz hastalarında 3-4 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Düşme ile baş yaralanmaları, kalça ve vertebra kırıkları, yumuşak doku yaralanmaları nedeniyle mortalite %40-60 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar hem diyaliz tedavisi hem yaşlı olmanın etkilerini, bakım gereksinimi ve düşme korkusu, ölüm korkusu, anksiyeteye neden olmaktadır (Dedeli ve Pakyüz, 2015). Ayrıca yaşlı KBY hastalarında bu korku sonucu daha az aktivite ve sosyal izolasyon gibi nedenlerle, psikososyal ihtiyaçların göz ardı edilmesine, kognitif faaliyetlerde azalma, Alzheimer ve demans eğiliminde artışa yol açacaktır. Fiziksel egzersizden kaçınma KBY hastalarında mevcut olan bağışıklıktaki yetmezliği daha fazla inflamatuvar hasarlanmalarla kardiyovasküler hastalıklardan ölüm riskine neden olmaktadır (Avcı Çiçek, 2013). Dolayısıyla sosyalleşme, aslında sadece sosyal ihtiyaçların karşılanması için değil, fiziksel sağlık için de gerekli olan çok yönlü etkilere sahiptir.

Diyalize giren hastalarda üremik toksinler ve anemik nedenlerle, cilt sarımsı soluk renktedir. KBY teşhisini çocukluk çağında alan hastalarda, büyüme ve gelişmede gerilik, kemik deformasyonları nedeniyle ortopedik sorunlar oluşabilmektedir. Ergenlik dönemi KBY hastalarında fiziksel gerilik, beden imajını etkilemektedir. Radyal, brakial,

subclavian veya internal juguler alanda oluşturulan fistül, kateter ve greftler dışardan görülen damar yolları olup anevrizma gibi nedenlerle damar oldukça gelişmiştir. Bu gibi durumlar özellikle büyüme çağındaki kız ve erkek çocuklarında olabildiği gibi gençlerde sorun olarak algılanmaktadır. Toplumsal bilinçlenmenin yetersizliği ve bilgi eksikliği, ya da bilgi yanlışlığı olan sağlıklı bireyler, bu hastalığın bulaşıcı olabileceğini düşünerek çocuklarını, hasta çocuklardan izole etmek istedikleri, flört edemedikleri yönünde ifadelerde bulundukları gözlemlenmektedir. KBY'li hastaların evlenme oranı daha düşüktür. İnfertilite, amenore ve impotans sorunları görülmektedir. Diyaliz hastalarında yıllık gebe kalma sıklığı %0.3 ile %1.4 arasında olduğu bildirilmiştir. Düzenli menstrüasyonu olan, oral kontraseptif ilaç kullanmayan, cinsel olarak aktif kadınlarda gebelik oranı yılda yaklaşık %0.5 olduğu belirtilmiştir (şahin ve diğerleri, 2004). Diyaliz hastalarında normal popölasyona göre yaşam beklentisi ve fertilizasyon oranları sınırlı olsa da, hasta ve ailesinin çocuk sahibi olma isteği nedeniyle, sağlıklı doğum için kadın doğum ve dahiliye ekibinin desteği ve çabasıyla mümkün olabilmektedir. Sağlıklı gebe kadınlarda da gebelik sürecinde böbrek yetmezliği gelişebilmektedir. Aynı yönetim bu hastalar için de gerekli olmaktadır. Farklı ölkelerde hemodiyaliz tedavisi yapılan gebe hastalarda başarılı gebelik ve doğum süreci çalışmaları mevcutken, prematüre doğum, preeklampsi, neonatal ölüm oranları da bildirilmektedir.

BÖLÜM 2: PSİKOLOJİK İYİLİK HALİ

Bireylerin güçlükler ve zorluklar karşısındaki durumlarını konu alan araştırmalar özellikle, kendini gerçekleştirme, bağımsızlık ve işlevsellik kavramlarının etkili olduğunu göstermektedir. Psikolojik iyi oluş, karşılaşılan sorunlara karşı hayatta kalabilme yollarıdır. Ryff'ın (1989) ileri sürmüş olduğu psikolojik iyi oluş modelinde altı boyut bulunmaktadır. Bunlar; öz-kabul, diğerleri ile pozitif ilişkiler, özerklik, çevresel kontrol, yaşam amacı ve kişisel gelişimdir. Psikolojik iyi oluş; kendini gerçekleştirme, olgunlaşma, tam işlevsellik ya da bireyselleşmenin ne olduğunu ortaya koyan klinik açıklamalar ve ruh sağlığının olumlu kriterlerinin belirleyicilerinden elde edilmiştir (Telef, 2013).

Psikolojik iyi oluş, bireyin yaşamda karşılaştığı olaylara varoluşsal meydan okumalarını yönetebilmek olarak tanımlanmaktadır. Varoluşsal meydan okumaya kişisel gelişim, anlamlı amaçları sürdürme ve nitelikli ilişkiler kurabilmeyi örnek verilebilmektedir (Telef, 2013). Psikolojik iyi oluşun ilk boyutu “kendini kabul” olup kişinin kendisi ve geçmişiyle barışık olması anlamına gelir. İkinci boyutu ise, kişinin “diğerleriyle olumlu veya uyumlu ilişkiler” içinde olmasıdır. Kişi böylelikle çevresindekilerle sağlıklı ilişki kurabilmektedir. Psikolojik iyi oluşun üçüncü boyutu ise, yaşam amacıdır. Yaşamda bir anlam ve amaç bulmak, varoluşsal anlamda bireyin karşısında duran ve çözülmesi gereken en zorlu problemlerdendir. Başka bir boyut ise, “bireysel gelişimdir”. Bireyin gelişime, değişime ve deneyime açık olmasını ifade etmektedir. Bir diğer boyut ise “özerkliktir”. Özerk olan bir kişi kendi kararlarını kendisi alabilir ve kendisine güvenir. Özerklik düzeyi yüksek bireyler, sosyal baskılara karşı dirençlidir. Psikolojik iyi oluş için bir başka boyut “çevresel hakimiyettir”. Bu sayede birey yaşamını kendi başına yönetebilmek ve stresörlerle başa çıkabilmektedir.

Literatürde Psikolojik İyi Oluş Ölçekleri Ryff (1989) ve ondan daha kısa olan, bağlı ve ilgili olma” ve “iyimserlik “gibi bazı öğeleri de içeren Diener ve diğerlerinin (2009) hazırladıkları ölçeklerdir. Ölçek içeriği, mutluluğa katı sağlayan unsurları, başkaları tarafından saygı görme gibi sosyal ilişkileri, anlamlı ve amaçlı hayata sahip olmayı, günlük işlere olan ilgili ve meşguliyeti içermektedir.

2.1. Yaşam Kalitesi ve İyilik Hali

Genel anlamda bireysel “iyi oluşun” ifadesi olarak bilinen “yaşam kalitesi” sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerle belirlenmektedir. Andrew ve Withey yaşam kalitesi kavramını "bireylerin doyumu ile onların sosyal ilişkilerinin kesişimi" olarak, Murrell ve diğerleri "mutluluk, doyum ve uyum" olarak tanımlamışlardır. Shin, Johnson ve Patterson yaşam kalitesi yaklaşımı ise genel sağlık, performans, rahatlık ve ekonomik durumu içermektedir. Maslow'un temel ihtiyaçlar hiyerarşisindeki ihtiyaçlar karşılanmadığında bireylerde korku, endişe, öfke gibi duygusal değişiklikler meydana gelmektedir. Dolayısıyla yaşam kalitesinin bozulması sağlığı, kişiler arası ilişkileri, seksüel fonksiyonları, verimliliğini, psikolojik yapısını olumsuz etkilemektedir. Evans ve diğerleri yaşam kalitesinin fonksiyon kayıpları ya da kısıtlılıkları, çalışma durumu, hastalık semptomlarını fiziksel iyilik hali çatısında objektif göstergeler olarak tanımlamaktadır. Subjektif yaşam kalitesi göstergelerine ise temelde psikolojik iyilik hali, emosyonel iyilik hali, yaşam doyumu ve psikolojik etki ile ilgili konuları dahil etmişlerdir (Akyol, 1993). Dünya Sağlık Örgütü ise yaşam kalitesini, bireylerin beklentileri, hedefleri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak yaşadıkları kültür ve değer yargıları içinde nasıl algıladıkları olarak tanımlamaktadır. Scantze ve diğerleri hastaların subjektif yaşam değerlendirmelerinde dış dünyadan ziyade iç dünyalarına bağlı olduklarını gözlemlemişlerdir. Objektif veriler sadece yaşam kalitesi hedeflerine ulaşmak için bir araçtır (Top ve diğerleri, 2003).

WHO'ya göre yaşam kalitesinin kapsamına fiziksel, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ve çevresel özellikler, değer ve inançları girmektedir. Eğer kişi günlük yaşamında güçsüz, yorgun, uykusuz, ağrılı ise, kendilik algısı, odaklanma, öğrenme, hafıza sorunları varsa, beden algısı, pozitif ve negatif düşünce durumunda dengeleme sorun yaşıyorsa, bağımlı, çalışamayan, okula gidemeyen, değer ve inançları doğrultusunda yaşayamıyorsa, sosyal ilişkiler kuramayacak tedavi ile ilişkili ya da ilişkisiz sorun yaşıyorsa; kronik hastalık o hasta için yaşam kalitesi düşürüyor anlamına gelmektedir.

2.2. Kronik Hastalık ve Psikolojik İyilik Hali

Kronik hastalık psikolojik iyilik halini denetleyen önemli bir yaşam deneyimidir. Birey hastalığı ve tedavi sürecini kabul etmek, bu süreçte önüne çıkan komplikasyonlarla baş

edebilmek, yeni yaşam şekline adapte olabilmek ve sosyal varlığını sürdürebilmek durumunda kalır. KBY, sadece hastayı değil ailesini ve toplumu etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Hastalarda anksiyete, hüznün, suçluluk duygusu, sosyal dışlanma, çalışamama ve okuyamama ile yetersizlik ve yalnızlık duygusu, değersizlik duygusu, intihara eğilim, tedaviyi reddetme ya da tedaviye uyumsuzluk gösterme şeklinde görülmektedir (Güner, 2019).

Kronik hastalıklar gibi medikal girişimlerin hayati rol oynadığı ve hastalık yükünün azaltılması, hasta uyumunun artırılması için periyodik takip ve desteğin sürdürülmesi gerekmektedir. Aksi halde hasta ve yakını, süreçle ilgili kabul, adaptasyon ve stresle baş etme konusunda çaresizlik hissetmekte ve bu durum tedavi sürecini etkilemektedir. Kronik hastalarda en çok ümitsizlik, öfke, içe kapanma, öz güven kaybı, depresyon sorunları yaşanmaktadır. Bu nedenle kronik böbrek yetmezliğinde, diğer birçok kronik hastalıktaki gibi, fizyolojik ve psikososyal sorunların yönetilmesi, hasta ve ailenin baş etme becerilerinin geliştirilerek psikolojik iyilik halinin sağlanması amaçlanmalıdır. Kronik hastalıklarda tıbbi tedavi ve bakımın ayrılmaz parçası hastanın psikolojik tedavi ve bakımı olup merkezinde baş etme becerisinin geliştirilmesi yatmaktadır (Kocaman 2005; Yıldırım ve Gürkan 2010).

Hayatta olmanın dışında özgür olmak, gelir sahibi olmak, aile ve sosyal ilişkileri sürdürmek, geleceği inşa edebilmek ve bu yolda çaba sarf etmek gibi başka yönleri de vardır. Ancak hastalıklarda daha çok fonksiyonel kapasiteye odaklanılmaktadır. Bundan dolayı sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı gündeme getirilmiştir (Top ve diğerleri, 2003).

Tablo 2
Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Unsurları

Boyut	Tanım
Fiziksel fonksiyon	Günlük yaşam aktiviteleri
Mental sağlık	Anksiyete, depresyon, iyi olma hali, davranış ve emosyonel kontrol
Sosyal fonksiyon	Sosyal ilişkilerin miktarı ve kalitesi, iş yapabilme yeteneği
Kognitif fonksiyon	Dikkat, hafıza, konsantrasyon
Genel sağlık algısı	Sağlığın global olarak kişi tarafından değerlendirilmesi
Ağrı	Ağrının şiddeti ve sıklığı
Semptomlar	Mide bulantısı, baş ağrısı vb.
Seksüel fonksiyonlar	Performans ve doyum
Uyku	Kalite ve miktar

Kaynak: Top ve diğerleri, 2003.

Hastalarda psikolojik iyilik halini bozacak tedavi biçimi, iğne girişimleri, komplikasyonlar, ilaçlar, diyet ve sıvı kısıtlaması, ağrı gibi birçok stresör ile KBY'nin teşhisi ile yüz yüze kalmaktadır. Yaşam biçiminde ve beden imajında değişiklikler, aile ve sosyal ilişkilerdeki rol değişimi, ekonomik sorunlar, çalışma ya da akademik hayattaki tamamlanamayan eksiklikler söz konusu olmaktadır. Yapılan çalışmalarda kalp damar hastalıkları, kanser, nörolojik hastalıklar ve kronik böbrek yetmezliğinde yaşayan stresörler nedeniyle en fazla psikososyal desteğe ihtiyaç duyan hastalıkların başında yer almaktadır.

Özellikle üremi gibi beyin fizyolojisinde değişiklik oluşturan hastalıklar duygu ve düşünceleri bozabilmektedir. Alzheimer, Demans, Deliryum ve psikiyatrik hastalıklar, kronik hastalığın şiddeti ve süresi arttıkça daha çok ortaya çıkmaktadır (Özkan, 1993). Hastalıklar için kullanılan ilaçların örneğin bağ dokusu ve merkezi sinir sistemi için tüketilen nonsteroid antiinflamatuar, salisilat, indometazin gibi ilaçlar komplikasyon olarak organ hasarına neden olabilmekte, karaciğer veya böbrek yetmezliğine neden olabilmektedir. Bu komplikasyonlarla stresörlerin artması hastalarda daha fazla baş etme güçlüklerine ve psikolojik iyilik hallerinin korunamamasına yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalarda bu tip hastalarda majör depresyon ve uyum güçlükleri gelişmektedir (Özkan, 1993). Ayrıca Parkinson, MS, Epilepsi gibi nörolojik hastalıklar için de geçerlidir. Kanser hastalarında da farklı dönemlerinde anksiyete, uyum ve organik beyin sendromları görülmektedir. tanı, tedavi, nüks ve palyatif dönemlerde değişik duygusal, ruhsal ve davranışsal reaksiyonlar geliştirirler (Yıldırım ve Gürkan 2010).

Kronik ağrıya neden olan hastalıklarda bireylerde fiziksel işlevlerde ve hareketlerde azalma, kaygı ve öfke sorunlarına yol açabilmektedir. Örneğin Romatoid Artritli bireylerde hastalığın KBY gibi geri dönüşümsüz ilerleyici fonksiyon kaybı ile günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik, iş kaybı, aile içi rol kaybı ve sosyal sorunlar görülmektedir. Ölüm korkusu ve gelecek beklentisinin en çok bozulduğu KOAH ve MI gibi kronik akciğer ve kardiyovasküler hastalıklarda kaygı ve panik bozukluk, depresyon görülmektedir. Hastalıklar için kullanılan dekonjestan, bronkodilatör, semptomimetik ilaçlar da psikotik semptomları oluşturabilmektedir. Nakil sonrasındaki hastalarda psikososyal sorunlar görülebilmekte yeni yaşam şekline uyum sağlama ve rejeksiyonla ilgili sıkıntılar yaşanabilmektedir. Organ nakli sonrası taburculukla başlayan

korku, aile ve toplumdan yabancılaşma, rejeksiyon olmaması için ilaç kullanımının sürdürülmesi ve yarı hastaneye bağıllık durumu hastalarda uyum sorunlarını ortaya çıkartan anksiyete, posttravmatik stres bozukluğu, kronik organik beyin sendromu, deliryum, inkar, öfke gibi psikososyal rehabilitasyon sorunları görülebilmektedir (Özkan, 1993).

Psikolojik uyum, hastanın yaşamında elde ettikleri, edemedikleri ve kaybettikleri ile ilişkilidir. Özellikle teşhis ve tedavi sürecini etkileyen en önemli unsurlardan biridir. Öyle ki biyolojik ve psikolojik bir süreç olup, hastanın vücut direncini, iyileşme sürecini, öz bakımını, ilaca ve tedaviye yanıtı etkiler. Kronik hastalıklarda bu süreç daha stresli, belirsiz ve depresyona daha açıktır. Bireylerin fiziksel görünümündeki değişiklikler, roller, hedefler aile ve yakın çevreleriyle olan ilişkiler, mutluluk veren davranışların kaybı söz konusu olabilmektedir. Bireyin teşhis öncesi yaşam deneyimleri, uğraşları, hafıza ve öğrenme durumu, bireysel ve çevre ile ilgili problem çözme becerisi, değerleri ve tutumları, teşhisten sonraki psikolojik uyum ve iyilik halini etkilediği belirtilmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan 2010).

Psikolojik iyilik hali, kişinin kendisine ve çevresine yarar sağlayabilmesi, sosyal hayatını sürdürebilmesi, öz saygısını sürdürebilmesi ve kendini sosyal hayatın bir parçası olarak gerçekleştirebilmesi ile ilgilidir. Bu nedenle psikolojik bakım hastalara basamaklar halinde sunulabilmektedir (Kocaman, 2005).

I. düzey, temel iletişim ve tanılama becerileri,

II. düzey, rutin-önleyici psikolojik bakım,

III. düzey, özelleşmiş psikolojik müdahaleler; Problemi tanımlayarak sınırlama, problemi analiz edip nedenini ortaya çıkarma, probleme ilişkin duyguları ifadelendirme, çözüm seçeneklerini değerlendirme, planlama ve uygulama.

IV. düzey, psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi yaklaşımları bireysel veya grup terapileri şeklinde uygulanabilmektedir (Koca, 2005).

Psikososyal bakım ile hastaların psikiyatrik semptomlarının azaldığı, tedaviye uyumlarının arttığı, problem çözme ve stresle baş etme becerilerinin arttığı, diğer psikiyatrik kökenli somatik hastalıkların azaldığı, daha az hospitalizasyon, daha kısa sürede iyileşme ve iyilik halinin arttığı kaydedilmektedir (Koca, 2005).

BÖLÜM 3: KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ

Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT), “üçüncü dalga terapileri” olarak adlandırılan bilişsel-davranışçı geleneğin kapsamında yer almaktadır. Teorik kökleri, İlişkisel Çerçeve Teorisinden kaynaklanır (Hayes ve diğerleri, 2004). ACT, duygusal kaçınmayı, bilişsel içeriği aşan gerçek tepkiyi ve davranış değişikliği taahhütlerini sürdürmenin önündeki engelleri hedeflemektedir. ACT eğitim ile hastaların acıları ile mücadele yerine kabul ve farkındalık becerileri oluşturulabilir. Bu amaçla hastalarda davranış repertuvarını azaltan ve etkili davranışın oluşmasını zorlaştıran süreçler üzerinde çalışılır. Bu süreçlerden ilki olumsuz tecrübelerde kaçınma, değiştirme ve kontrol etme çabası olarak tanımlanabilecek “deneyimsel kaçınma” ve “bilişsel kaçınma”dır. İkinci süreç ise; düşünce ve duyguların gerçek anlamlarına inanma eğilimi olarak tanımlanabilen “bilişsel birleşme” (füzyon) dir. Bilişsel birleşme özellikle sözlü kurallarla kişinin değerli hedeflere yönelme davranışlarını azaltmaktadır. Bilişsel kaynaşmanın zıt süreci, düşünceleri gerçekliğin gerçek temsilleri yerine basit zihinsel olaylar olarak gözlemlendiği “bilişsel ayrışma”dır. Bir diğer ifadeyle ayrıştırma (defüzyon), içeriği veya sıklığını değiştirmeden, düşüncelerin davranış ve deneyimi etkileme işlevini değiştirme sürecidir (Jose Quintero ve diğerleri, 2022).

Geleneksel BDT yaklaşımıyla ACT’nin farklılığı; bilişsel modele göre bozuklukların her birinde, o duruma has işlev bozucu bilişler, inançlar veya bilgi işleme süreçleri bulunur ki tedavi, bu süreçlerin işlevsel olanlarla yeniden yapılandırılmasına odaklanır. ACT kuramcıları ise bu yöntemi eleştirel bakarak, bilişsel modelin bu önermelerinin ampirik desteğinin zayıf veya olmadığını, düşüncelerin yeniden yapılandırılmasının sakıncalarının olabileceğini öne sürmüşlerdir. Bu nedenle ACT, herhangi bir içsel yaşantının değiştirilmesi, yoğunluğunun ve sıklığının azaltılması gibi bir amacı gütmemektedir. BDT, tümevarımsal bir psikoloji bilimi yöntemi önermekte, davranış analizini ve davranış bilimindeki temel yasaları temel almakta ve bu yasalara katkıda bulunup onları geliştirmeyi amaçlamaktadır. Düşünce, belirli bir davranışla ilişkili olsa da belirli bir tarihsel ve durumsal bağlam, bu düşünce ve davranışsal olayın birlikte ortaya çıkmasına zemin hazırlar. İlişkisel bağlam yaklaşımın farkı, bu ilişkinin bağlamsal değişkenler tarafından kontrol edildiği yönünde iken, bilişsel modellerde bu etki dikkate alınmamaktadır. Hayes ve diğerleri tarafından dil ve düşüncenin davranış ile ilişkisindeki

bağlamsal değişkenlerin etkisinin araştırılmaya başlaması ile İlişkisel Çerçeve Kuramı ortaya çıkmıştır (Yavuz, 2015).

Füzyona ilişkin deneysel veriler, bunların ACT müdahalelerinin etkisine aracılık etmede büyük önem taşıdıklarını kanıtlamaktadır. Bilişsel kaynaşma, önemli bir psikopatolojik süreç olarak öne sürülmüştür. Birçok çalışma, daha yüksek bilişsel kaynaşma düzeylerinin, daha yüksek düzeyde depresyon ve kaygı ile ilişkili olup, tükenmişlik ve yaşamdan daha düşük memnuniyet düzeyi, yeme bozukluğu, olumsuz beden imajı düşüncesi, psikotik semptomlar, sosyal anksiyete semptomları, ruminasyon, yaygın anksiyete bozukluğu semptomlarında önemli rol oynadığını göstermiştir (Jose Quintero ve diğerleri, 2022). Endişe, deneyimsel bir kaçınma biçimi olarak kavramsallaştırılabilir ve bazı araştırmalar, artan bilişsel ayrışmanın endişenin azalmasını öngörebileceğini göstermiştir. Aynı çalışmada Bilişsel defüzyon, ACT ve Bilişsel Davranışçı Terapi'de biri dışında tüm sonuçlara önemli ölçüde aracılık ettiği belirlenmiştir (Arch ve diğerleri, 2012).

Tüm kültürler ve dinler, belirli mesajları iletme, anlayışı geliştirmek ve eylem önermek için hikayeler, anekdotlar ve benzetmeler kullanır. Metaforların ayrıca yakınlık kurmada, direnci azaltmada, motivasyonu arttırmada, sorunları ve çözümleri yeniden çerçevelemede ve psikoterapötik değişim getirmede uzun bir kullanım geçmişi vardır. Psikoterapide metafor ve alıştırma kullanılmakla birlikte, ACT için psikolojik katılığı dilin bir ürünü olarak kavramsallaştırır. ACT'nin metaforları ve deneyimsel teknikleri kullanması, özellikle danışanları deneyimle doğrudan temasa sokmak ve genel olarak dilin ve özellikle terapide sözlü talimatların olumsuz etkilerini zayıflatmak için tasarlanmıştır. Metaforlar ve alıştırmalar danışanın ihtiyaçlarına ve özelliğine göre seçilen, esnek bir şekilde kullanılan araçlardır.

Metaforlar psikoterapide yardımcı bir öge olarak kullanılmaya başlamadan önce, insanların yaşamında iyileştirici güçleriyle yer aldılar. Masallar, mitler, halk deyişleri, türküler birçok metafor içermekte olup nesilden nesile aktarılmıştır. Terapistler ve danışanların kullandığı metaforlar, psikoterapide çift yönlü öneme sahip olup, terapötik başarıyı pozitif yönde etkiler. Bireysel düzeyde, gerçekliğin metaforik yapısının, benliği, ötekileri, yaşamı ve bu unsurların kombinasyonundan oluştuğu öne sürülmektedir. Metafor kullanımı, dilbilimsel, bilişsel ve duygusal süreçlere aracılık eden beyindeki

işleyişe ilişkin nöropsikolojik bağı ortaya koyması açısından öneme sahiptir. Diğer taraftan metaforik dil, kişinin kültüründen etkilenir ve onu yansıtır (Koop, 2021). Bu bağlamda ACT psikolojik sağlık modelindeki kabul, an ile temas, değerler konusunda sıklıkla metaforlardan yararlanılmaktadır. Kabul ve kararlılık terapisi metaforları farklı problemlere adapte edilebilir. Önemli olan hastanın bu metaforları kullanışlı bulması ve metaforların hastanın kendisinde yapmasına gerek olan terapötik değişiklikleri yapmasına destek olmasıdır. Kullanılan metafor hastanın deneyimine, yaşına, sosyal durumuna uygun, hasta tarafından anlaşılabilir ve onun ilerleme seviyesiyle uyumlu olmalıdır (McCurry ve Hayes, 1992).

Metaforlar, farklı alanlar arasında kavramsal köprü görevi görüp, anlam oluşturma yeteneğini harekete geçirir ve yeni perspektiften bakabilmeyi sağlar. Psikoterapistler metaforların klinik kullanımı ile yoğun bir şekilde ilgilenmektedirler. Psikanaliz ve dil, füzyonel bir yapıdır ve tarihteki en güçlü kullanıcılardan biri Freud olmuştur. Örneğin, Adler'in önerdiği tekniklerden biri olan "danışanın çorbasına tükürmek" de etkileyici bir metaforik anlatım olarak görülmektedir. Terapi sürecini temsil eden çorbayı içmeye devam eden hasta, artık aynı çorbayı içmemektedir çünkü hasta, terapi sürecine dahil olduktan sonra, hayatını artık aynı şekilde yaşamayacaktır. Benzer şekilde ACT için kullanılan "gökyüzü", "nehirde yüzen yapraklar", "otobüs", "Disneyland'a yolculuk", "canavarlar", "metro", "satranç", "postacı" vb.

Psikoterapide, hastaların problemleri ile bağlantı kurması ve terapistin anlatmaya çalıştığı şeyi daha iyi anlamasına yardım etmek için metaforlardan sıklıkla faydalanılmaktadır. Lyddon, Clay ve Sparks (2001), metafor kullanımının psikoterapi sürecindeki işlevlerini beş maddede özetlemişlerdir; ilişki kurmaya destek sağlamak, yaşantılarını simgelemek ve yaşantılarıyla ilişkili duygulara erişimi sağlamak, örtük varsayımları ortaya çıkarmak, yüzleştirmek ve değişime zemin hazırlamak, dirençli yönler üzerinde çalışmak ve keşif aracı olarak yeni bakış açıları sağlamak (Uyar Suiçmez, 2019).

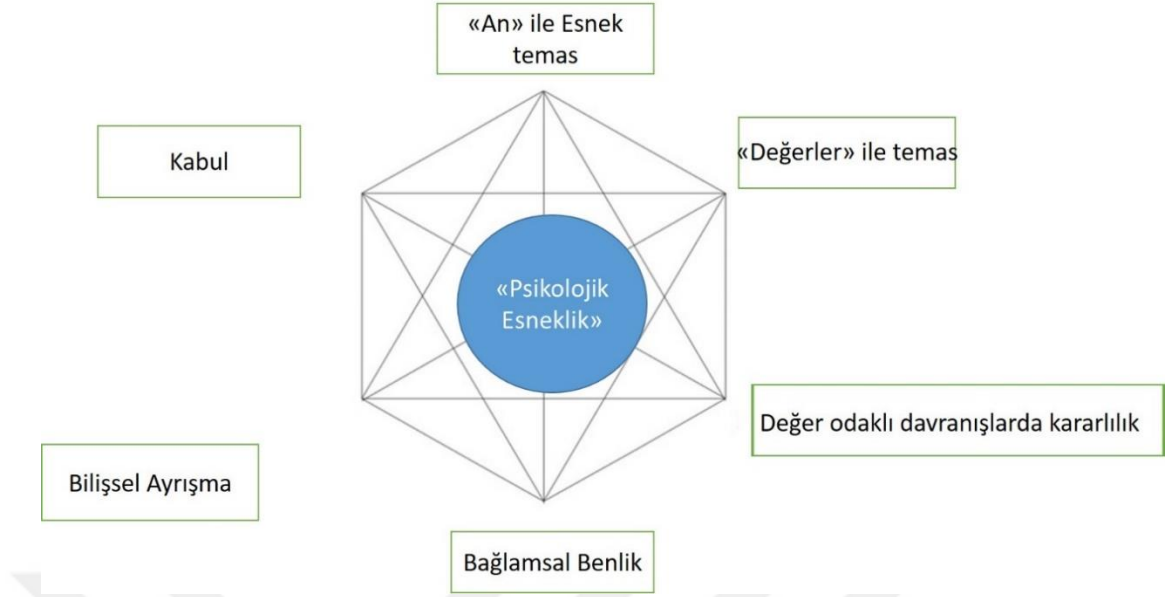
Psikopatolojiyi yapısal bir sorundan ziyade kişinin çevresiyle etkileşimi ve içsel yaşantılarında değiştirmeye çalışmadan kabulü, işlevselliği ön plana alarak, tanısal sınıflamadan ziyade, klinik önemi olan davranışın analizine odaklanmayı öneren ACT, birçok grupta denenmiştir.

Kabul ve Taahhüt Terapisi (ACT), uykusuzluğu olan bireylerde uyku kalitesini, deneyimsel kaçınmayı ve duygu düzenlemeyi iyileştirir (Zakiei ve diğerleri, 2021). ACT'nin özünü oluşturan kavramsal işlevsel analizler ve prosedürler, uygulamalı davranış analizi (ABA) alanı da dahil olmak üzere klinik psikolojinin dışına geniş bir şekilde yayılmıştır. ACT'nin genel amacı, zengin ve anlamlı bir yaşam sürmenin hizmetinde, rahatsız edici deneyimlerin varlığında davranış becerisini geliştirmeyi içeren psikolojik esnekliği arttırmaktır (Tarbox ve diğerleri, 2020). ACT orijinal olarak geliştirilmiş ve esas olarak psikoterapötik ve danışmanlık bağlamlarında uygulanmaya devam etmektedir. Bununla birlikte, yıllar içinde, çok çeşitli meslekler, ACT'yi bu tür ortamların dışında uygulamaya ilgi göstermiştir. Örneğin, hemşireler ve sağlık uzmanları, hastaların kolorektal kanser tedavisinden kurtulmalarına yardımcı olmak için sağlık koçluğu seanslarında, öğretmenler, fizyoterapistler, spor koçları, uğraşı terapistleri, diş hekimleri, diyabet eğitimcileri ve diğer disiplinlerden profesyoneller tarafından ACT'yi başarıyla kullanmıştır (Hawkes ve diğerleri, 2013; Kasson ve diğerleri, 2016).

ACT'nin gelişiminin 35 yılı aşkın tarihinde, ana akım psikolojik müdahale olarak uygulanmasını destekleyen temel ve uygulamalı veriler gelişti. Şu anda ACT Hayes, SC'nin yayınlanmış 300'den fazla randomize kontrollü çalışması bulunmaktadır (Hayes, 2020). Hayes'in 1984 yılında ilişkisel çerçeve teorisiyle ACT çalışmaları sonrasında hız kazanmasına yol açmıştır.

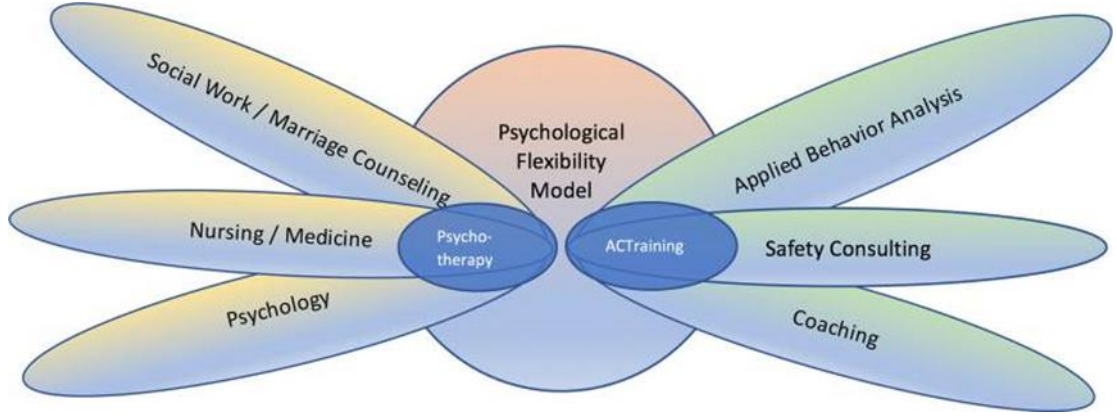
3.1. Psikolojik Esneklik

Psikolojik esneklik ile içsel yaşantılarımıza açıklıkla yaklaşabilmek, an ile temas etmek, değerlerimiz doğrultusunda davranabilmek ve hayattan keyif alabilmek için gereklidir. Aksi halde mutluluğun önünde engel gibi duran duygu, düşünce, deneyim ve hislerin etkisinde kalmak yani psikolojik esnekliği kaybetmek söz konusudur.



Şekil 1: ACT Psikolojik Esneklik Modeli

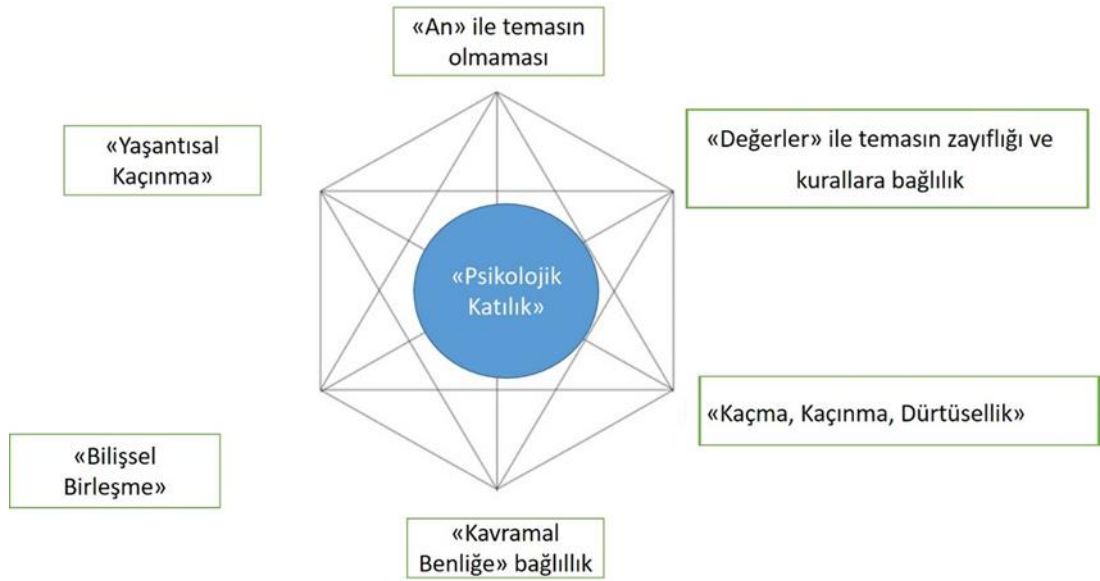
ACT modeline göre psikolojik esneklik, duruma ve kişinin kişisel değerlerine dayalı olarak caydırıcı düşünce ve duygulardan bağımsız olarak şimdiki an ile bağlantı kurabilme yeteneğidir (Hayes, 2004). Spesifik olarak, düşünce ve duyguların gelip geçici olduğunu ve kişinin uzun vadede değerleri doğrultusunda davranış geliştirmesine odaklanılmalıdır. Davranış repertuarını güçlendirmek için prosedürlerin kullanılması söz konusudur. "ACT" kısaltması orijinal olarak "kabul ve kararlılık/taahhüt terapisi " olarak tanımlanırken, son 15 yıldır "kabul ve kararlılık/taahhüt eğitimi " tanımı, ACT'nin psikoterapötik olmayan ortamlardaki uygulamalarını tanımlamak için kullanılmıştır (Hayes, Strosahl ve Wilson, 2011). Bu bağlamda diyaliz hastalarında somatik ya da psikosomatik ağrı, diyalizle kısıtlanan yaşam koşulları ile oluşan anksiyete, depresyon kaygı bozuklukları ile baş etmede farklı meslek ortaklarının ACT eğitimi alması önemli olacağı düşünülmektedir.



Şekil 2: Psikolojik Esneklik Modelinde Meslek Ortakları
Kaynak: Tarbox, 2020.

3.2. Psikolojik Katılık

Olumsuz deneyimler nedeniyle kişinin kaçınma, tetikleyicilerin sıklığını ve şeklini değiştirmeye çalışma durumu yaşantısal kaçınma olarak tabir edilmektedir. Çoğu zaman kültürel ve toplumsal olarak da desteklenmekte ve uzun vadede olumsuz sonuçların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu nedenle ACT' nin amacı, bu istenmeyen içsel yaşantılardan kurtulmak değil bu deneyimlere açık olmak, yargılamadan, değiştirmeye çalışmadan ya da boyun eğmeden olduğu gibi kabul etmektir. Psikolojik katılık bu nedenle esnekliği ve açıklığı dolayısıyla kabulü engelleyen en önemli etmendir.



Şekil 3: Psikolojik Esneklik Modelinde Meslek Ortakları
Kaynak: Tarbox, 2020.

Psikolojik katılığın çok çeşitli klinik problemlerin temel nedeni olduğu fikrinden yola çıkıldığında, ACT umut verici, üzerinde birçok kavramsal ve ampirik temellerden klinik tekniklere kadar yazılmış çalışmalar ile diyaliz hastaları gibi kronik hastalarda önemli bir eğitimidir. Bazı hastalar işe devam edip, okul hayatını sürdürebilirken bazı hastalar için ise bu durum imkansızla eş değer kabul edilir. Hastalık semptomları ve tedavi sürecine ilişkin zorlukların neden olduğu düşüncesine sahip hastalar, daha az stres toleransına sahip, baş etme stratejileri pasif ve duygusal davranışlardan oluşurken, semptomlara ilişkin inançları ve psikolojik katılıkları söz konusudur. Aslında semptomlar her hastada varken bazı hastaların bundan daha fazla etkilenmesi, semptomun varlığından ziyade semptoma gösterdikleri tepkilerden kaynaklanmaktadır. ACT, kişilerin duygu, düşünce ve hislerle ilişkileri iyileştirerek kronik ağrı, ızdırap ya da stresle baş etmede iyileştirici olabilmektedir.

İlişkisel çerçevede dil en önemli etkidir. Dili değiştirmek diğer bir değişle kişinin düşünce, duygu ve hisleriyle arasına mesafe koyacak ifadelerde bulunmak ACT için en önemli adımlardan biridir. Çünkü insanların uyaranlara verdiği tepki ve kullandığı tanımlar oldukça önemlidir.

Kavramsal benliğe bağlanma, kişinin olumsuz deneyimleri, duygu ve hislerinden kendini ayıramamasıdır. Düşünceler mantıklı/mantıksız, duygular iyi/kötü olarak sınıflandırılıp etiketlenir ki bu da kişinin davranış repertuvarını daraltır.

3.3. ACT Psikolojik Sağlık Modeli

ACT bir psikoterapi uygulanması olmasına karşın, özellikle SDBY ve diyaliz hastaları gibi kronik hastalarla çalışan farklı meslek grupları için de, fiziksel ve psikolojik kaynaklı ağrı başta olmak üzere, çeşitli stresörlerle baş etmede yeri olabileceği düşünülmektedir. Bilim inanları ACT ile ilgili altı anahtar süreci saptayarak ve hedefleyerek psikolojik esnekliği geliştirmenin yollarını; ayrışma, kabul, şimdiki ana dikkat, öz farkındalık, değerler ve kararlı eylem olarak tanımlamışlardır (Hayes ve diğerleri, 2020). Bu bağlamda ergenlerde, onkoloji hastalarında, psikosomatik hastalarda efektif olduğu gösterilen Kabul ve Kararlılık Terapisi, farklı gruplarda da çalışılabilecek uygulamaları içermektedir.

3.3.1. Kabul

Kronik hastalıkların kabul aşamasında ortaya çıkan kaçınma davranışları bireyin, olumsuz duygu, düşünce, anı ve deneyimlerden kaçınma davranışından farklı değildir. Bazen bu tutum psikopatolojiye neden olabilmektedir. Hümanist ve varoluşçu yaklaşımlar, bu konuda psikolojik kabulün önemini vurgulamıştır (Hayes ve diğerleri, 1996). ACT’ın en önemli prensiplerinden biri “kabul” olup, acıdan kaçmak, yok saymak, boyun eğmek değil, acıya “yer açmak” olarak tanımlanabilir. Diyaliz tedavisine başlayacak hastalarda en zorlanılan süreçlerden biri olan “kabul” hastadan hastaya değişmekle birlikte, tedavinin ilerleyen süreçlerinde tekrar gündeme gelip, psikososyal sorunların yaşanmasına yol açabilmektedir. Çoğu hastanın hastalığı kabul etmekle anladığı, boyun eğmek, reddetmek ve teslimiyet şeklindedir. Ancak uzun vadede psikosomatik sonuçlarla karşılaşılabilir.

3.2.2. An ile Temas

Geçmiş ya da gelecek ile ilgili duygu ve düşüncelerin baskınlığı kişinin içinde bulunduğu ana odaklanamamasına ve yeterince fark edememesine neden olur. ACT ile hedeflerden biri an ile teması arttırmaktır. Dolayısıyla kişinin deneyimleri ile ilişkisine, duygu ve düşüncelerine perspektif olarak psikolojik esnekliği sağlamaktır. Bu nedenle nefes ve beden tarama egzersizleri düzenli olarak uygulanarak, bireyin an ile teması geliştirilir. Egzersizler halinde iken kişinin aklına yeni düşüncelerin gelmesi, anlık dikkat dağınıklığı olasıdır. Kişi bu durumda tekrar odaklanabilir ve çalışmasını sürdürür. Psikolojik esneklikte en önemli üç öge farkında olma, açık olma ve aktif olmaktır.

3.3.3. Değerlerle Temas

İşlevsiz inançların kırılması ve değerler doğrultusunda davranış geliştirilmesi ACT içinde en önemli parametrelerden biridir (Hayes ve diğerleri, 2004). Diyaliz hastaları diğer birçok kronik hastalıklarda olduğu gibi zamanlarının çoğunu hastalıklarına yönelik semptom, ağrı, acı, diyet ya da kaçış odaklı geçirmekte dolayısıyla enerjilerini ve zamanlarını bu odakta harcamaktadırlar. Bu bağlamda ACT uygulaması içinde değerlerin belirlenmesi ve bu doğrultuda davranış yöneliminin vurgulanması gereklidir. Hastalarımızda değerlere ulaşmayı engelleyen başlıca etmenleri şöyle özetlemek mümkündür;

- ❖ Diyalizden kurtulmadan başka bir şey ile meşgul olamam, okula gidemem, çalışamam, sosyalleşemem düşüncesi
- ❖ Diyaliz seansları ve kontroller için hastaneye bağlı olduğum için başka sorumluluk alamam, evlenemem, çalışamam
- ❖ Diyaliz için kısıtlı olan enerjimi başka işe veremem, sosyal aktivite, çalışma, okula gitmeyi yapamam
- ❖ Diyaliz ile ilgili olan tekrar eden eylemler beni başka işler için olan motivasyonumu sürekli düşürerek depresif hislerimi arttırmaktadır. Bu nedenle depresyondan çıkamam düşüncesi.

Bu çalışmada belirlediğimiz “Aile, Sağlık, Faydalı olmak, Güzellik ve kendine bakım, Hayatla barışık olmak, Kendini Geliştirmek, Yaşamdan keyif almak, Hoşgörülü olmak, Kanaatkar olmak, Sorumluluk almak” değerlerinin açıklamaları yapılmış ve son 15 günlük değer odaklı davranışlarının puanlandırılması yapılarak görüşleri alınmıştır.

Tablo 3
Hastalara yapılan Değerler Çalışması ve İçeriği

Değerler	Açıklama	Değerler	Açıklama
Aile	Aile	Kendini Geliştirmek	Becerilerimi sürekli olarak geliştirmek ve o esnada kendimi tamamen yaptığım işe vermek.
Sağlık	Sağlık Davranışı göstermek	Yaşamdan Keyif Almak	Hayatın zevkli taraflarını keşfetmek, başkalarının da bunları farketmesini sağlamak.
Faydalı Olmak	Hayatımda önemseydiğim kişiler ve alanlara destek için bir şeyler yapmak	Hoşgörülü Olmak	Başkalarının bizden farklı düşünce ve davranışlarına, yaşam tarzlarına anlayış göstermek.
Güzellik ve Kendine Bakım	Kendimde, başkalarında ve çevremdeki güzellikleri fark etmek, bunları korumak ve ortaya çıkarmak	Kanaatkar Olmak	Elimdeki olanakları en iyi şekilde kullanmak, olanakların kıymetini bilmek.
Hayatla Barışık Olmak	Kendime, başkalarına, hayatın getirdiklerine açık olmak	Sorumluluk Almak	Hayatta sorumluluğum altında olan kişiler ve alanlarla ilgili, üzerime düşeni yapmak.

ACT, temelde düşünce, duygu ve diğer içsel deneyimlerle olan ilişkiyi değiştirmeyi hedef alır. Bu nedenle, değerlerin belirlenmesi ve bu doğrultuda davranış yönelimi önemlidir. Katılımcılarda KBY ile füzyon yaptıkları düşünce, duygu ve deneyimleri nedeniyle değerlere yönelim etkilenebilmektedir. Bu çalışmada katılımcılara uygulanan “Hayat Pusulası” ile engelleri saptamaya ve değerleri doğrultusunda teması arttırmaya çalıştık. Bu bağlamda; “sanat, hobi, iş, toplum, maneviyat, yakın ilişkiler, eğitim, özbakım, aile, arkadaşlar” başlıkları altında değerlerini ve değerlere yönelimlerini gördük.

3.3.4. Bağlamsal Benlik

Bağlamsal benlik algısı, yaş, fiziksel özellikler değişse de kişinin doğumundan ölene kadar olan benlik farkındalığıdır. Bağlam olarak benlik, öz değerlendirmeler için geçerlidir. İçerik olarak benlik, bu öz değerlendirmeleri kelimenin tam anlamıyla doğru olarak deneyimlemeyi ve bu nedenle onların gerçek olan eylemleri etkilemelerine izin vermeyi içerir. Bir davranışın analizinde, işlevsel bağlamlılık; içinde bulunduğu bağlamdan ayrılamayacağını ve o bağlamda süregiden amacına odaklanması ile çözülebileceğini savunur. Bu bağlamda bir davranışın öngörülmesi ve yönlendirilebilmesi için, bağlamsal değişkenlerin netleştirilmesi gerekmektedir (Yavuz, 2015).

Bağlamsal benlik, kavramsal benliğin aksine davranış repertuarını daraltan düşünce, duygulardaki iyi/kötü etiketlemesini ortadan kaldırılıp açık olmayı sağlayan en önemli etmenlerden biridir.

3.3.5. Bilişsel Ayrışma

Füzyon, türetilmiş ilişkiler nedeniyle içsel deneyimlere işlev eklemeyi içerir. Defüzyon olarak da ifade edilen “bilişsel ayrışma”, içsel deneyimleri zihnin ona eklediği ya da dönüştürdüğü işlevleri göz ardı etmektir. Bu deneyimleri sadece düşünce, his, sembol olarak görebilmektir. Davranışın zihinsel kurallar tarafından aşırı kontrolü kaynaşma ya da füzyon olarak tanımlanır. Çoğu zaman kültürel etmenlerle füzyon desteklenmesi söz konusudur. Bilişsel ayrışma, kişinin düşünceleri, anıları ve inançlarıyla arasına psikolojik bir mesafe koyması olarak tanımlanır. Düşüncelerin içeriğini değil de bağlamını değiştirmeye, kişinin zihninin ürünleri tarafından avlanmasını önlemeye yönelik girişimler bilişsel ayrışma müdahaleleri olarak adlandırılırlar.

3.3.6. Değer Odaklı Davranışlarda Kararlılık

Değer odaklı davranışlar ağrı, acı ve stresle baş etmede ACT'ın en önemli öğrenim hedeflerinden biridir. Çalışmamızda hastalarda değerler ve engeller saptanarak, ACT için yönelim davranışları belirlenmiş ve ödevlendirmeler yapılmıştır. Bu bağlamda eğitimlerde mindfulness ile “ana odaklanmayı” her defasında uygulamak kararlı davranış yönelimini güçlendirecektir. ACT'nin davranışsal bağlılık kısmı, geleneksel davranışsal tekniklerin entegre edildiği yerdir. ACT, davranış değişikliği stratejilerinde dil ve bilişin rolüne odaklanır (Twohig ve Levin; 2017).

ACT öğrenme süreci içsel deneyimlerle nasıl çalışılacağını verirken bu deneyimleri mutlaka azaltmanın bir yolu olmayıp sadece danışanın daha iyi çalışabileceği bir beceri edinimidir. Böylelikle danışan içsel olaylardan kaçınmak yerine, değerli eylemlerde bulunma konusunda daha yetenekli hale gelir. İçsel deneyimlere izin vermek daha kolay hale geldiği için daha iyi baş ederek, değerleri doğrultusunda davranır ve hayatına devam eder. Dolayısıyla bu yönüyle ACT'da, İçsel davranışsal değişiklikten ziyade, “açık” davranışsal değişiklik söz konusudur.

BÖLÜM 4: ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

4.1. Araştırma Modeli

Kronik böbrek yetmezliği, yaşamı tehdit eden, tedavisi diyaliz ya da böbrek nakli ile yapılan bir hastalıktır. Hastalık teşhis edildikten hemen sonra tedavi seçeneklerinden biriyle başlansa da komplikasyonlar ve hastaya bağlı diğer faktörler nedeniyle tedavi seçenekleri arasında geçişler meydana gelebilmektedir. Diyalize veya organ nakli ile yeni yaşam deneyimine geçen hastaların yanı sıra, hastanede yatarak tedavi, hemodiyaliz ünitesine haftada üç gün dört saatlik tedavi uygulaması, ilaç kullanımı, beslenme kısıtlılığı, ailesel ve sosyal dinamiklerde değişiklikler gibi hasta birçok stresörle mücadele etmek zorunda kalır. Dolayısıyla hayatta kalmak ilk hedef iken, perde arkasında unutulmuş yaşam kalitesi ile ilgili sorunlar, gün yüzüne çıkmaya başlar. Bireyin kendini gerçekleştirme ihtiyacı, aile içindeki rol ve statü değişimi, sosyal ve duygusal ihtiyaçların da önemli olduğunu hisseden hasta, mutsuzluk yaşar. Bazen bu mutsuzluk hastanın tedaviden kopmasına ya da suicide kadar uzanan bir dizi sorunların yaşanmasına yol açar. Hayatta ve mutlu kalabilmek üzerinde çalışmaların, kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda multidisipliner yaklaşımın, hedefleri içerisinde olması gerektiği düşünülmektedir. Psikiyatrik tanı olmasa da kronik hastalıklarda, farklı oranlardaki yaşam kalitesi bozulmaları olmaktadır. Diyaliz hastaları ile 21 yıllık deneyimim ve bilimsel çalışmalarımda gördüm ki; farklı sosyokültürel düzey ve yaştaki bireylerde, ani ya da sinsi gelişen KBY, fizyolojik, psikolojik, sosyal, bilişsel alanları etkileyerek hastanın, yanı sıra ailesinin ve toplumun ortak sorunu haline gelmektedir. Organ nakli olmayı bekleyen, sayısı her geçen gün artacağı ön görülen organ yetmezli hastalar, organ bağışındaki kolay aşılamayan sorunlar nedeniyle diyaliz tedavisine muhtaç yaşamaktadırlar. Bu nedenle ülkemizde, KBY grubu hastalarda, yaşam kalitesi ve duygusal destek ile ilgili önemli eksiklikler bulunmaktadır. Bu çalışmanın bu bağlamda Kabul ve Kararlılık Terapisi uygulamalarının KBY hastaları için yol gösterici olmasını dilerim.

4.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışma, etik izinleri alınan, kimlik bilgileri gizli tutulan, rastgele belirlenmiş, yetişkin 14 hemodiyaliz hastası ile gerçekleştirilmiştir. Toplamda ortalama 50-60 dakikalık beş seanstan oluşmuştur. Ön görüşme yapılmış, anamnez ve demografik veriler alınmıştır. İlk

ve son seans psikolojik esneklik ve genel sağlık anketleri uygulanmıştır. Üç seans kabul ve kararlılık terapisi uygulamaları, ödevlendirmeler yapılmış ve her seans sonrası hasta ödevleri ve uygulamaları değerlendirilmiştir. Kayıtlar not olarak gerçekteştirilmiş ve görüşme sonrasında düzenlenmiştir. Sürece katılan çalışma grubu verileri hastaları “H” kodu ile sıralanmıştır.

4.3. İşlem

Çalışma grubu sayımızın 14 olması nedeniyle nonparametrik testle ölçüm yapılması uygun olmuştur. Hasta anket verileri aritmetik ortalama ve standart sapma hesaplamaları ile ölçölmüştür. Nicel ölçümün yanı sıra, eğitim ve görüşmelerin yer aldığı çalışmamızda, edinilen bilgi ve ölçömler yorumlanmıştır.

Tablo 4
Müdahale İçeriği

Anketler	Demografik veriler	Diyaliz Anamnez verileri	Genel Sağlık Anketi	Psikolojik Esneklik Ölçeği	Hayat Pusulası	Değerler Anketi	Füzyon Boşluk Doldurma Anketi
Ödevler	Haftalık Değer Temelli Hayat Amaçları Aktiviteleri	Hedeflere Ulaşma Kaydı	Düşünce ve Hisleri Kabul Etme Günlük Kaydı	Nefes Egzersizi	Mindfulness Egzersizi		

Tablo 5
Müdahale Planı

Ön Görüşme	1.Görüşme	2.Görüşme	3.Görüşme	Son Görüşme
Onam Alma	Halat çekme egzersizi	Ödev Değerlendirme	Ödev Değerlendirme	Ödev Değerlendirme
Demografik veriler Anketi	Nefes Egzersizi	Nefes Egzersizi	Nefes Egzersizi	Nefes Egzersizi
Psikolojik Esneklik Ölçeği	Mindfulness Egzersizi	Mindfulness Egzersizi	Hayat Pusulası	Mindfulness Egzersizi
Genel Sağlık Anketi	Kabul Metafor Kullanımı (Nehirde yüzen yapraklar vb.)	Kabul Metafor Kullanımı (Satranç, Gökyüzü vb.)	Mindfulness Egzersizi	Psikolojik Esneklik Ölçeği
	Nefes Egzersizi ödevi	Defüzyon Çalışması (Cümlede boşluk doldurma)	Değerler Metafor Kullanımı (Disneyland'a yolculuk vb.)	Genel Sağlık Anketi
	Mindfulness Egzersizi ödevi	Düşünce ve Hisleri Kabul Etme Günlük Kaydı	Değer Kartları	
			Değerler Anketi	
			Nefes Egzersizi ödevi	
			Mindfulness Egzersizi ödevi	
			Haftalık Değer Temelli Hayat Amaçları Aktiviteleri	
			Hedeflere Ulaşma Kaydı	

4.4. Veri Toplama Araçları

4.4.1. Demografik ve Anamnez Anketi

Demografik veri anketi yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, yaşadığı yer ve medeni durumunun öğrenileceği anket sorularından oluşmaktadır. Anamnez verileri ailesel kronik hastalık, psikopatoloji ve kronik ağrı bilgilerinin yanı sıra, diyaliz tedavisine ilişkin tıbbi bilgilerin alındığı anket sorularından oluşmaktaydı. Toplanan bilgiler hasta bazında kodlanarak Excel dosyasına kaydedildi. Daha sonra SPSS programına girilerek ölçümde kullanıldı.

4.4.2. Genel Sağlık Anketi-28 (GSA-28)

Genel sağlık anketi Goldberg (1972) tarafından geliştirilip, Türkçe geçerlik ve güvenirliği Kılıç (1996) tarafından yapılmış olup 28 sorudan ve yedişerli 4 alt ölçekten (A, B, C ve D) oluşmaktadır. Katılımcı hastalar, her soruya 0-3 puan arasında değerlendirdikten sonra bu veriler a,b maddeleri “(0) sıfır”, c,d maddeleri “(1) bir” olarak puanlandı. Toplam anket puanı çalışma öncesi ve çalışma sonrasında karşılaştırıldı. Alt ölçekte somatik semptomlar, anksiyete ve uykusuzluk, sosyal fonksiyonlarda bozulma ve ağır depresyonu ölçümleri yapıp müdahale önce ve sonrası veriler karşılaştırıldı.

4.4.3. Psikolojik Esneklik Ölçeği

Psikolojik Esneklik Ölçeği, Francis, Dawson ve Golijani-Moghaddam (2016) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 28 sorudan ol 1-7 puan arasında değerlendirilmesi için katılımcı hastalara uygulandı. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 28, en yüksek puan ise 196’dır. 2, 3, 5, 6, 8, 18, 20, 22, 23, 24 ve 25. maddeler tersten puanlanmaktadır. Ölçek maddelerinin değerlendirilmesinde alınan yüksek puanlar yüksek psikolojik esnekliği yansıtır. (Karakuş ve Akbay, 2020). Her bir hastanın değerlendirmelerinin toplamı, aynı hasta için puan olarak kaydedildi. Katılımcıların müdahale öncesi ve sonrasındaki ölçümleri SPSS programında karşılaştırıldı.

Psikolojik esneklik ölçeğine ek olarak katılımcıların müdahale öncesi ve sonrası, KBY ile ilgili daha anlaşılır olması için araştırmacı tarafından belirlenen sorular var /yok şeklinde kaydedildi.

Tablo 6
KBY Teşhisi ile Duygu ve Düşünce Değişikliği

KBY hastalığına ilişkin duygu ve düşüncelerde değişim var mı?	Var	Yok
KBY hastalığı psikolojik esnekliğimi etkiledi		
KBY hastalığından önce acı veren duygularımdan daha az etkilenirdim		
KBY hastalığı yaşam hedeflerimi değiştirdi		
KBY hastalığı aile içi problem çözme yeteneğimi olumlu etkiledi		
KBY hastalığı ile geleceğe inancım değişmedi		

BÖLÜM 5: BULGULAR

ID1: Hastamız 54 yaşında, bekar, ilkokul mezunu, çiftçi olarak Antalya'nın Korkuteli ilçesinde yaşamakta ve diyaliz için haftada 3 gün Antalya'ya gelmektedir. Ailesini kaybetmiş ve yalnız yaşayan kadın hastamızın ailesel kronik hastalığı bulunmamakta, kendisine 4 ay önce KBY teşhisi konularak hemodiyalize girmeye başlamıştır. Hastamız diyaliz esnasında hipotansiyon ve kas krampları yaşamaktadır. Beklenen interdiyalitik ağırlıkla gelmekte, ilaç ve diyet kısıtlamasına uymaya çalıştığını belirten hastamızın son seansa 2,500ml UF yapılmış, diyaliz yeterliliği Kt/V: 1,15 normal olduğu kaydedilmiştir. Günde 11 tane oral ilaç aldığını, gergin ve sinirli olmasının KBY ile bağlantılı olmayabileceğini, önceden de bu yapıda olduğunu belirtmektedir. Enfeksiyonu yüksek olan hastanın, anemi tedavisi aldığı belirlenmiştir. Diyaliz esnasında iletişime açık, sosyal ve iyi görünmeye gayret ediyor. Psikolojik esneklik ölçeğindeki sorulara ise şöyle yanıtlar vermiştir; üzüntü verici duyguları uzak tutmak için elinden geleni yapmayı, kişisel değerleri doğrultusunda hareket etmeyi, duygu ve düşünceleri olduğu gibi kabul etmeyi tercih etmeyi yüksek puanlarla ifade etmiştir. Düşüncelerinin yapmak istediği şeyleri engellemesine izin verme, otomatik olarak görev veya işini yapmayı düşük puanlarla belirtmiştir. Psikolojik esnekliğini KBY hastalığının etkilediğini, hayata daha duyarlı olduğunu ancak hastalıktan önce de acı veren duygularından çok etkilenmiş olduğunu, hastalığın hedeflerini ve geleceğe inancını yüksek puanlarla etkilediğini ifade etmektedir. Değerlerinin davranışlarına büyük ölçüde yansıdığını, acı veren duygularından kurtulmak en büyük hedeflerinden biri olduğunu, ana odaklanmakta zorlandığını ve bunun geçmiş ve gelecek ile meşgul olmaktan kaynaklandığına yüksek puanlarla yanıt vermiştir. Hastamız ilçe devlet hastanesinde diyaliz tedavisine devam etmeye karar verdiği için görüşmeler sürdürülememiştir.

ID2: Hastamız erkek, bekar, 31 yaşında, çalışmamaktadır. Ailesinde KBY yok, hipertansiyon, Diyabetes Mellitus, kalp hastalığı bulunmakta olup kendisi 4 aydır kalıcı kateterle haftada 3 gün 4 sa diyalize girmektedir. Diyet kısıtlaması, sıvı alımına dikkat etmekte olup 2800ml Ultrafiltrasyon yapılmıştır. Diyaliz esnasında baş ağrısı, bulantı sorunları olduğunu belirten hastamız günde 7 farklı ilaç kullandığını, kendini diyaliz sonrasında iyi hissettiğini ancak alışma aşamasında olduğu için çalışmadığını belirtmektedir. Henüz organ bekleme listesine girmemiş, aile içinden alabileceğini düşünmektedir. Ailesinden küçük yaşta ayrılarak Antalya'ya yerleşmiş, 10 kardeşin en

küçüğüdür. Hastamız görüşmenin başında hiç kimsenin desteğinin olmadığını, kendi başına olduğunu belirtmesi, kültürel nedenlerle erkek olduğu için zayıflık olarak algılanabileceği düşüncesiyle böyle ifade ettiği anlaşılmıştır. Hastamız tek yaşasa da aile içi ilişkileri güçlü, özellikle annesi ile yakın ilişkide olup, sosyal çevresi geniş olsa da hastalığını çok az kişiyle paylaştığını belirtmektedir. Hastamızın bu hastalıktan kurtulabileceği, tekrar böbreklerinin çalışabileceği ile ilgili yanlış bir bilgisi vardı. KBY'nin geri dönüşümsüz olduğunu, diyalizden kurtulabilmesi için organ nakli yapılması gerektiği ve bununla ilgili bilgilendirmeler yapıldı. Hastamız genel sağlık anketine özellikle sıkışma hissi ve kalpla ilgili yaşadığı diyalize bağlı komplikasyondan kendisini daha kötü hissettiği şeklinde cevap verdi. Bu uyum süreci ile ilgili sorunların atlatılabileceğini bilmemekteydi. Bundan dolayı kendisi kaygılı ve mutsuz görünüyordu. Tedavi süreci ile ilgili yetersiz eğitim aldığı için kendisine hemodiyaliz, böbrek nakli, diyet kısıtlılığı, damar yolu ve komplikasyonlar ile ilgili anlattıklarından sonra daha iyi hissettiğini söyledi, inkar ya da öfke yaşamadığını belirtti. Kendisinin ankete verdiği cevaplar ile bu eğitimin olduğu 2. görüşmedeki verdiği cevaplar birbirinden farklıydı. Genel sağlık anketinde kendini hiç hasta hissetmediğini, tükenmiş ya da dağınık, gergin, korkulu, stresli, sinirli hissetmediğini ifade eden hastamız, 2. görüşmede aslında böyle olmadığını, nefes sıkışıklığı, baş ağrısından dolayı hiçbir şey yapmak istemediğini, kimseyle program yapmadığını, stresli olduğu için annesinin her gün kendisini aramasını istemediğini, ailesinin KBY konusunda bilgisi olmadığı için iyileşme haberi beklediğini belirtti. Artık çalışamayacağını düşünmekteydi. Bu konuda yaşamını diyalizle sürdüren hastalarımızdan çalışma hayatları, evlilik, gebelik gibi örnekleri dinleyince hastamız çok şaşırdı. Kimsenin kendisini ne çalışan ne eş, ne arkadaş olarak kabul etmeyeceğini düşünmekteydi. Hastamıza duygular, düşünceler ve hislerle ilgili metaforlar üzerinden kabul ve açıklık ile psikolojik esneklik konusunda bilgiler verildi. Hastamız zorlayıcı duygu ve düşüncelerden kaçmayı, olumsuz düşüncelere takılıp kaldığı için ana odaklanamadığı, duygu ve düşünceleri yargılamadan kabul etmeyi yapamadığını, düşüncelerin sadece düşünce olduğuna ve etkisi altında kalmamaya hiç inanmadığını belirtmiştir. KBY ile daha çok katılaştığını, yaşamın anlamını kaybettiğini ama bir yandan da hayatta kalmak istediği ifade etmiştir. Değerleri doğrultusunda hareket ettiğini, bu doğrultuda yapılması gerekenleri yapmaya gayret ettiğini ifade etmiştir. Kendisini sıkıntılı hissettiğinde film izleyerek ve yalnız kalarak rahatlattığını belirtmektedir.

Hastamızla 3. Görüşmemizde nefes egzersizi ve kabul ve kararlılık egzersizi uygulamaları yapılmıştır. Ev ödevi olarak verilen egzersizleri yapmadığını belirten hastamız isteksiz olduğunu belirtmiştir. Hastamız ile kabul ve değerlerle ilgili metaforlar üzerinde durulup belirlemiş olduğu 3 değerine son 1 gün içindeki davranışlarına 0-4 puan üzerinden değerlendirmesi istenmiştir. Hastamız; “Aile” (3 puan), “Güzellik ve kendine bakım” (3puan), “Hayatla barışık olmak” (2puan) olarak belirlemiştir. Bu doğrultudaki değerlerine yönelik davranışlarını etkileyen duygu ve düşünceleri konuşulmuştur. Hastamız ailesi ile aynı şehirde bulunmadığı için kendisi için çok endişelendiklerinden olumsuz yönde etkilendiğini, demoralize olduğunu ifade etmektedir. Bu durum ailesiyle görüşmek istememesine neden olduğu için davranışlarını kısıtladığını belirtmektedir. Ailesinin de kendisinin de henüz bu sürece alışamadıklarını, hatta iyileşmeyi beklediklerini ifade etmektedir. KBY aşamasında iken iyileşme olmayacağını bu hastalığı kabul etmek gerektiğini ise reddetmektedir. Hastamızın kalıcı kateterini tişörtün içine gizlemeye çalışması, diyaliz yapılırken de bu tutumunu sürdürmesinin de kabul aşamasının gerçekleşmemesine bağlayabiliriz. Hastamız teşhisten önce vücut geliştirme yaptığını ve görünüşünün şu anki durumdan çok farklı olup, bu süre içerisinde çok kilo ve kas kaybettiğini, bu durumdan rahatsız olduğunu belirtmektedir. Kendisi KBY öncesinde aktif ve gece çalışırken şu anda işsiz ve evde hayatını idame ettirmektedir. Hastamızla tedavi sürecine uygun bir iş edinmesi için araştırma yapabileceği, aktif yaşantısına düzenlemelerle dönebileceği, bu konu üzerinde düşünmesi ve bir sonraki görüşmede konuşabileceğimizi, bu süre içinde verdiğim egzersizleri yapabileceği konuşulmuştur. Hastamızın hayat pusulasında her türlü konuda hastalığı engel olarak gördüğü belirlenmiştir. Aile ve arkadaşları ile görüşme, iş alanını değerlendirme, aktif internet kullanıcılığını sadece hastalık konusunda değil ilgi alanları konusunda kullanabileceği konusunda ödevlendirilmiştir.

Hastamız ile 4. görüşmemizde ise diyalize gitmek için sadece evden çıktığını ve egzersizleri birkaç kez denediğini ancak her gün yapmadığını belirtmiştir. Haftalık adanmışlık davranışını ise sadece hastaneye gitmek olduğunu, evde kaldığı süre içerisinde ise çok fazla çay içtiği için hiç olmadığı kadar fazla sıvıyla o günkü seansa geldiğini belirtmiştir. Hastamızla tekrar diyet ve uzun vadede fazla sıvıyla bağlantılı komplikasyon riskleri açısından görüşme yapılmıştır. Hastamız bildiğini ancak uygulamak istemediğini ifade etmiştir. Bu tip başka parasuisidal davranışları için ise

yorum getirememiştir. En çok kurduğu cümle ise “Bu hastalığı bana Allah verdi, tekrar alabileceğini düşünüyorum”. Bu ifadesinin altında yatan hastalığı kabul edememe durumunun yattığı ve bilimsel gerçekleri reddetmekte ısrarcı olduğu gözlemlendi. Hafta için kaygı verici ya da yeni bir değerlerine yönelik davranış geliştirmedeği belirlendi. Yürüyüş yapmayı sevdiğini söyleyen hastamız için her gün başka bir alanda yürüme planı oluşturuldu. Bir sonraki seansa kadar yürüme, iş ve sosyalleşme konusunda koyduğu hedefleri ve davranışları konuşacağımız konusunda görüşüldü. Hastamız boşluk doldurma cümlelerini ise şu şekilde doldurdu; “Hayat benim için mutlu, güzel, sevinçli bir şeydir”, “Aile benim için her şeydir”, “Hastane benim için zindan”, “Diyaliz benim için sağlığım”, “Organ nakli benim için umuttur”, “Anda olmak benim için..pas...” Hastamız olumlu ve olumsuzlukları bir arada kabul edemediğini, birgün diyalizden kurtulacağına inandığını, organ nakli konusunda girişimlerini askıya aldığını, hastalık devam ederken çalışamayacağını, gece ve hareketli yaşam alışkanlığını değiştirmek ise çok zor geldiğini belirtmektedir.

ID3: Hastamız 61 yaşında, kadın, ortaokul mezunu, ev hanımı, iki yetişkin çocuğu bulunmaktadır. Kendisi 2 yıldan beri KBY teşhisi almış ve hemodiyalize devam etmektedir. Kalıcı kateterle haftada 3 gün 4 sa diyalize gelen hastamızın 1800ml düşük interdiyalitik ağırlığı bulunmaktadır. Bir miktar idrar çıkışı olan hastamızın diyaliz yeterliliği verileri (Kt/V: 1,58) normal seyretmektedir. Diyaliz esnasında herhangi bir şikayeti olmamaktadır. Genel sağlık anketinde kendisini her zamankinden kötü ve yorgun hissettiğini belirtmektedir. Endişe, korku, gergin veya stresli hissetmediğini, bir meşguliyetinin olmadığını, çiçek ve toprakla uğraşmayı sevdiğini, torunlarıyla ve komşularıyla vakit geçirdiğini, canına kıyma düşüncesinin hiç olmadığını belirtmektedir. Psikolojik esneklik ölçeğinde hastamızın kişisel değerler doğrultusunda hareket etme, düşüncelere takılıp kalma, aldığı sorumluluğu zor da olsa tamamlamaya çalışma puanlarının en yüksek olduğu belirlenmiştir. KBY ile hayatının, duygularının, hedeflerinin değiştiğini, düşüncelerin etkisi altında kalarak onları olduğu gibi kabul edemediğini ifade etmiştir.

Hastamız 3. görüşmede yaratıcı olumsuzluk ve mindfulness egzersizi ödevleri konusunda konuşulmuştur. Kendisi ödevlerini yapamadığını dile getirdiği için ödev süresi sonraki görüşmeye kadar uzatılmıştır. Değer odaklı yaşamak üzerine metafordan yola çıkarak kendisinin neler yaptığı üzerine görüşülmüştür. Hastamız ilçede bahçe işleri ile uğraşarak,

onları gözlemlediğini, köpekler için her gün kapı önüne yemek koyup onları izlediğini ve bundan keyif aldığını belirtmektedir. Hayat pusulası anketinde bahçe işleri ile fiziki olarak yorulmadığını, yapmayı sürdürdüğü işlerden birisi olup hastalığını engel olarak görmemektedir. Ancak ev işleri ile ilgili, tüm aile bireyleri çalıştığı için yapmak zorunda olduğu ve kendisini halsiz hissettiği için yapamadığını ifade etmektedir. Değerleri içinde “aile” için adanmışlık davranışı içinde olmak istese de kendisine bu sebepten dolayı 3 puan vermiştir. Ev işlerinin paylaşılması ve destek istemesi konusunda hemfikir olan hastamız, diğer aile üyeleri ile konuşmaya karar vermiştir. Maneviyat ile ilgili ibadet diğer adanmışlık davranışıdır. Komşularıyla sosyal ilişki nedenlerinden biri olan ibadet etmek hastayı rahatlatan kültürel bir davranıştır. Öz bakım ve eğitim konusunda isteksiz olduğu görülmektedir. Diğer hastamızın belirlediği değer, “Sağlık” (4p) olmuştur. Kendisinin hastalığı kabul etmesi ve diyet kısıtlılığına uymasının 4 yılı aldığını belirtmekte ve bu aralar dikkat ettiği için kendisine tam puan verdiğini belirtmektedir. Neden daha önce sağlık davranışı içinde olmadığı sorulduğunda hastalığının geçeceğini düşünmesi olduğu öğrenilmiştir. Oysa ki kronik böbrek yetmezliği geri dönüşümsüzdür. Hastamız kulaktan dolma ve inanmak istediği için yok saydığını ifade etmiştir. İdrar çıkışının olması nedeniyle önemli bir komplikasyonu olmadığını ancak şimdi kendisine daha iyi baktığını ifade etmektedir. Eğitim talep etmesini, diyetisyeni ile tekrar görüşmesi konusunda hastamız ödevlendirilmiştir. Değerlerinde üçüncüsü “Hoş görülme olmak” (3p), hastamız aile ilişkileri iyi olmasına rağmen kendisinin hastalık sorunlarının hoş görülmediğini ifade etmiştir. Bu konuda hem ev işleri hem hastaneye diyalize gittiği günlerde daha çok dinlenme ihtiyacının olduğunu maalesef evdeki kimse bilmemektedir. Bu konuda aile üyeleri ile konuşması konusunda ödevlendirme yapılmıştır.

ID4: Hastamız kadın, 26 yaşında, lise mezunu, evli, 32 haftalık ilk gebeliğinde, lise mezunu ve muhasebeci olarak çalışmaktadır. Ailede anne ve babasında Diyabetes Mellitus var ancak KBY bulunmamakta, kendisi 14 yıldır KBY ve hemodiyalize girmektedir. Arteriovenöz fistülle damar ulaşım yolu bulunmakta ve standart hemodiyaliz programında haftada 3 gün 4 saat diyalize girmektedir. Diyete, ilaca ve diyalize uyumlu bir hasta olup diyaliz yeterliliği (Kt/V: 1.29) normaldir. Tansiyonu normal seyretmekte, günde 4 farklı oral yolla ilaç kullanmakta olup bir tanesi gebeliğe bağlı kalp yükünü azaltmak için kullanılmaktadır. Heparinsiz diyaliz yapılmakta, kuru ağırlığı 63kg ve interdiyalitik kilo artışı 2500ml ile kilo ve sıvı kontrolünde olduğunu anlamaktayız.

Annesini küçük yaşta kaybetmiş ve kardeşi bulunmamakta, iki yıllık evli ve KBY tedavisinden sonra gebe kalmış az görülen HD hastalarından biridir. Eşinin desteğini alan ve gebelik sürecini zaman zaman kaygılarla geçiren ancak medikal bir sorun yaşamayan hastamıza psikolojik esneklik ölçeğini uyguladık. Buna göre; hayatında neyin önemli olduğunu bildiğini, yaşamayı seçtiğini, kişisel değerleri doğrultusunda hareket ettiğini, hayatla uyumlu ve sabırlı olmaya çalıştığını, KBY teşhisiyle daha anlayışlı, geleceğe olan inancında bir değişiklik olmadığını üst sınırlarda işaretlemiştir. Düşüncelerin sadece düşünceler olduğu ve yaptıklarını kontrol etmedikleri düşüncesine katılmamaktadır. Düşüncelerine takıldığını, yapmak istediklerini yapamadığını, KBY teşhisinden önce acı veren duygulardan şimdi daha fazla etkilendiğini ve bu süreçte aile içindeki sorunların çözümünde zorlandığını ifade etmiştir. Genel sağlık anketinde KBY ve gebe olmasına karşın yorgunluk, ağrı, uykusuzluk, agresif ve gergin hissetmediğini, kendine daha çok işe yarar, görevlerini daha çok yerine getirmeye çalışan, işlerini zamanında yapan, değerli, umutlu, parasusidal davranışları hiç düşünmemiş ve denememiş olarak ifade etmiştir.

Hastamızla 3. Görüşmemizde hamileliği nedeniyle ev ödevlerini yapamadığını dile getirdi. Üre oranı yükselen hastamızın diyaliz seansı haftada 5 güne çıkartılmıştı. Yaşadığı sağlık sorunları nedeniyle hastanede geçirmiş. Bu nedenle görüşmemizin başında mindfulness egzersizi ile başladık. Hastamızla değerler üzerine metafor ve değer kartları üzerinde konuşup 3 değerini belirledik. Son 15 gün içerisinde her bir değerini 0-4 puan arasında davranışlarını değerlendirmesini istedim. Hastamız “Hoş görülme olmak” (3puan), “Yaşamdan keyif almak” (4puan) ve “Sorumluluk almak” üzerinden yaptıklarını anlattı. En dikkat çeken detaylar; Hoş görülme olmak ile ilgili uzun zamandan beri küs olup görüşmediği babası ve babaannesi ile bayramda barışma girişimi olmuştur. Kendisinin hamile olması nedeniyle daha önceden kabul edemediği şeyleri hoş görerek babasıyla barışma isteği, karşı taraftan da memnuniyetle karşılanmıştır. Hastamız kendisini çok daha iyi hissettiğini belirtmektedir. Annesinin ve diğer akrabalarının olmaması nedeniyle kendisini kötü hissettiğini ama bu hoş görme girişimiyle büyük ölçüde sıkıntılarından kurtulduğunu ifade etmiştir. Kendisini hoş görme konusunda geliştirmesi gerektiğini düşünmektedir. Yaşamdan keyif almak ile ilgili gebelik ve KBY olsa da gezmeyi, sahile eşiyle gidip vakit geçirmeyi çok sevdiğini, şu anda çalışmadığı için daha çok eşiyle vakit geçirdiğini belirtmektedir. Sorumluluk alma ile ilgili küçük yaşında annesini

kaybetmesinin kendisini bu konuda geliştirdiğini, kendini eğitme, kendi kendine geçinme, çalışma ve bir aile kurma gibi birçok sorumluluğu yerine getirdiğini anlatmaktadır. Başladığı işi tamamladığını, bebeğini de sağlıklı bir şekilde kucağına almak istediğini belirtmektedir. Diyaliz tedavisi hastamızın ve bebeğinin sağlığı için haftada 5 güne çıkartılmış ve 4 hafta sonra sezeryanla doğumu gerçekleştirilecektir. Prematüre olacağı için bir süre küvez ve yoğun bakım süreci olacağını hastamız bilmektedir. Hastamız yeni bir sorumluluk sürecinde olacağını ve bunu yönetebileceğini düşünmektedir. Hayat pusulasında da hobileri gezmek, kitap okumak, resim yapmak olup kendini resim ve bir dil öğrenme konusunda geliştirmek istemektedir. Kendisi hale raporlu olup muhasebe olan mesleğini yapamasa da doğum izninden sonra çalışmayı istemektedir. Sıkıntıları olduğunda en sık teyzesiyle ve kız arkadaşıyla paylaşabildiğini ifade etmiştir. Hastamıza nefes egzersizi yaptırılmış ve günde 5 dakika yapması için ödevlendirilmiştir. Adanmış davranışı ailesi, yakın arkadaşı, işi, öz bakımı, maneviyat davranışlarıdır. Niyet davranışı için dil ve resim konusunda doğuma kadar internet üzerinden eğitim almayı denemek istemektedir. Bu konuda araştırma yapmak ve plan oluşturmak üzere yönlendirilmiştir.

Hastamızla 4. Görüşmemiz yoğun bakımda gerçekleşti. Hamileliğiyle ilgili kritik durum için yoğun bakıma alınmıştı. Ancak kendisinde ya da bebeğinde olumsuz bir durum oluşmadığı ve gözlemlerde tutulduğu için rahattı. Haftanın 5 gününü diyalizde ve son 2 gündür yoğun bakımda geçirmiş olsa da kendisinden ziyade bebeğini zamanında dünyaya getirebilmeye odaklanmıştı. Bu durum hastamızda en önemli motivasyon nedenidir. Hastamıza yönelttiğim cümleleri şu şekilde doldurmuştur; “Hayat benim için yaşam mücadelesidir”, “Aile benim için sahiplenmektir”, “Hastane benim için zor bir süreç”, “Diyaliz benim yaşamam için gerekli”, “Organ nakli benim için yeni bir başlangıçtır”, “Anda olmak üzüntü ya da mutlu olduğunu fark etmektir”. Hastamızın adanmışlık davranışını bebeği ve kendisi için hastane ve diyaliz süreçlerine tam uyum göstermesidir. Bu süreçteki kaygılarını yönetebildiği bu nedenle huzurlu ve umutlu olduğunu görmekteyiz. Hastamız bu nedenle haftalık davranış değerlendirmesini “mücade” olarak özetlemiştir. Yeni bir deneyim olan diyaliz ve gebelik yönetimine 10 puan vermiştir.

ID5: Hastamız 55 yaşında erkek, lise mezunu, emekli, evli 1 kız çocuğuna sahip ve ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Ailesinde kronik hastalık, psikopatoloji ve ağrı öyküsü bulunmamakta olup kendisi 16 yıldır KBY teşhisi ile hemodiyalize başlamıştır. İkinci

damar yolunu kullanmaktadır. Fistül ile haftada 3gün 4 saat, düşük kan pompa hızı ile diyalize giren hastamızın, kardiyovasküler sorunları bulunmaktadır. Hastamızın 20 yıl önce kalp pili takılmış ardından KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) ve böbrek yetmezliği teşhisleri konulmuştur. Hastamız diyaliz yeterliliği (Kt/V:0.9) verileri düşük, enfeksiyonu (CRP:14) yüksek, diyaliz esnasında hipotansiyon yaşamaktadır. İnterdiyalitik kilo artışı normal (2800ml) ancak diyaliz esnasında tansiyonu düşmekte zira diyaliz öncesi tansiyon değeri (70/60mmHg) düşük olup, damar yolu sorunları yaşamakta ve 16 çeşit oral ve parenteral ilaç kullanmaktadır. Genel sağlık anketinde kendini sağlıksız ve kötü hissettiğini, baş ağrısı ve hipotansiyon, nefes sıkışıklığı yaşadığını, endişelerine bağlı zaman zaman uyku sıkıntısı yaşadığını, sadece uyku ilacı ile uyuyabildiğini, 2x1 antidepresan kullandığını ifade etmektedir. KOAH nedeniyle sosyal hayatı olamadığını, evde vakit geçirdiğini ve bu durumun 30 yaşından beri bu şekilde devam ettiğini ifade etmektedir. Meşguliyetinin olmadığını, gerginlik, öfke, korku gibi duyguları ve intiharla ilgili düşüncelerinin hiçbir zaman olmadığını belirtmektedir. Olumsuz duygular hissettiğinde dağıtmaya çalışmadığını kabul etmeye çalıştığını, olumsuz düşünce ve duyguların yaptıklarını kontrol etmesine izin vermemeye çalıştığını, büyük ölçüde engellemesine izin vermediğini, değerlerinin davranışlarına tamamiyle yansıdığını ifade etmektedir. Diğer yandan ana odaklanamadığını, çoğunlukla otomatik pilota hareket ettiğini, yaşamak istedikleriyle uyumlu hareket edemediğini belirtmektedir. KBY dışında diğer hastalıkları da duygu ve düşüncelerini etkilediği için tek başına KBY yaşamdaki hedeflerini, geleceğe olan inancını etkilemediğini, KOAH'ın kendisini daha çok yaşam kalitesini bozan bir hastalık olduğunu ifade etmektedir.

Hastamız 3. görüşmemizde keyfi hiç olmadığını aile içinde sorunlar yaşadığını bu nedenle ödev konusunda bir çalışma yapmadığını belirtti. Hastamız erken yaşta emekli olmuş olup KOAH, kalp yetmezliği ve KBY nedeniyle sedanter bir yaşam alışkanlığına sahiptir. Hastamız kendi işini yapabilecek, hastaneye gidip gelebilecek yeterlilikte olmasına rağmen evde bulunduğu süreyi uyuyarak geçirdiğini başka bir şeyi yapacak gücü olmadığını belirtmiştir. Eşi fizyolojik sorunlarına rağmen çalışmakta, yetişkin kızı ise iş bulamadığı için babasıyla evde bulunmaktadır. Ailenin temel sorunu maddi sıkıntılardan kaynaklandığını ve bu konuda kendisinin bir şey yapamadığını bu nedenle kötü hissettiğini ifade etmiştir. Ne kızını çalışması konusunda, ne de eşini rahatsızlıkları nedeniyle çalışmamasına müdahale edemediğini, kendisinin iş bulamayacağını bulsa da

haftada 3 gün gelmeyecek çalışan istemeyeceklerini düşünmektedir. Kendisinin stresle baş etme konusunda herhangi bir hobisi, ilgi alanı ya da meşguliyeti olmamakla birlikte bu konuda isteksizdir. Kognitif faaliyetleri için hastalıkları göz önünde bulundurularak bulmaca çözme, sudoku, kitap okuma önerilse de bu tür alışkanlıklarının olmadığını ve yapamayacağını ifade etmektedir. Bunun üzerine internet ve bilgisayar imkanı olan hastamıza, her gün 3 ilgi duyduğu konuda anahtar kelime yazarak bu konuda çıkan yazıları okuyabileceği veya videoları izleyebileceği konusunda anlaşmaya varılmıştır. Bir sonraki görüşmemizde bu anahtar kelimelerin neler olduğunu yazması ve neler öğrendiğini anlatacağı konusunda anlaşmaya varılmıştır. Hastamıza nefes egzersizini KOAH nedeniyle süresi kısaltılarak 2sn nefes alıp 4sn nefes verecek şekilde yaptırılmış ve bu konuda günlük 5 dakika yapması için ödevlendirilmiştir. Hastamızla değerler ve değer odaklı davranışlar hakkında görüşülmüş ve 3 değerini belirlemesi istenmiştir. Hastamız; “Aile” (3puan), “Sağlık” (3puan) ve “Hoşgörülü olmak” (3puan) olarak belirlemiştir. En çok üzerinde durduğu ve adanmış davranışlarının ailesi ile ilgili olduğu, sağlık konusunda mecburen adanmışlık davranışlarını yaptığını, çünkü acı çekmek istemediğini, hoşgörü ise aile içinde hep yapmaya çalıştığı adanmış davranışı olduğunu belirtmektedir. Hastamızın sanat, hobi, eğitim, özbakım, maneviyat konularında isteksiz, zaman zaman komşusu ile sohbet ettiğini ve müzik dinlediğini, özellikle sanat müziği ya da arabesk müzik dinlediğini ifade etmiştir. Müzik seçimleri ve dizi seçimlerinin dram ağırlıklı olması ve bu konuda ısrar etmesi füzyon davranışı olarak değerlendirilmiştir. Hastalıklarını birçok iş ve uğraşı için engel görmesi, günün büyük kısmında uyuyarak geçirmesi, kaçma davranışı ve stresle baş etmede zorlanması, kimseyle sosyal ilişkiyi istememesi, dışarı çıkmak istememesi ise hayat pusulasında birçok alan ve değerlerinin olmaması ile ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle anahtar sözcük için ilgi alanını düşünmesi, bu konuda bir şeyler okuyup izlemesi, hastaneye geldiği gün bir parkta ya da çay bahçesinde vakit geçirmesi, mindfulness ve nefes egzersizlerine zaman ayırması, Kemal Sunal filmlerini önceden izlediğini söylemesi üzerine tekrar izlemesi ve bu konuda yaptıklarını sonraki görüşmede konuşacağımız konusunda ödevlendirilmiştir.

Hastamızla bir sonraki görüşmede ödevlerini değerlendirdik. Hastamız nefes ve kabul ve kararlılık egzersizlerini diyalize gelmediği günlerde 2 kere yapabildiğini, diyaliz esnasında ise bu egzersizleri dinleyebileceğini belirtti. İsteksiz olsa da dışarıya çıkmakla ilgili bir aktivite planına katılarak yayla elma bahçelerine gittiğini ve güzel geçtiğini ifade

etmiştir. Görüşme günü diyalizden çıkınca kızıyla plan yaptığını üniversitede yemek yiyeceklerini belirtti. Hastamızın evin dışına sadece diyaliz için çıkma durumunu değiştirmeye çalışması, hastalıklarına rağmen en önemsedığı değeri ailesi ile etkinlik davranışları onun için bir gelişmeydi. Yaylaya elma bahçesine giderken dönmek istediğini ama ailesinin onu bırakmadığı için yola devam ettiklerini, gittiklerinde eski arkadaşlarını görmek ve sohbet etmekten çok hoşlandığını belirtti. Hastamız değerleri doğrultusunda davranış geliştirmekte zorlansa da küçük adımlarla ilerleme konusunda isteklidir. Boşluk doldurma cümlelerine ise; “Hayat benim için ailemden ibarettir.”, “Aile benim için her şey demektir.”, “Hastane benim için tedavi olmam için gerekli bir yerdir.”, “Diyaliz benim için cihaza bağlanmaktır”, “Organ nakli benim için imkansız ama diğer hastalar için güzeldir”, “Anda olmak güzel ama zor”

ID6: Hastamız 6 ay önce KBY teşhisi almış erkek, bekar, 41 yaşında, lise mezunu, emekli olup Elmalı ilçesinden Antalya’ya hemodiyaliz için gelmektedir. Ailesinde annesinde ve kardeşinde de böbrek yetmezliği olduğunu belirten hastamızdan sıvı çekilmeden kanındaki toksik maddeler temizlenmektedir. Kan ve diyalizat pompa hızı, tansiyon verileri ve diyaliz yeterliliği normal seyirlidir. Diyaliz esnasında herhangi bir komplikasyonu olmadan 4 saatlik süreyi tamamlamaktadır. Kendisini hasta, tükenmiş ve dağınık hissettiğini belirten hastamız, öfkeli, sinirli ve gergin hissetmediğini, normal olarak işlerini yaptığını, günlük faaliyetlerinden çok az zevk alsa da sorumluluklarını (diyalize gelmek gibi) yerine getirdiğini ifade etmektedir. Kendisini umutsuz, değersiz hissetmediğini, intiharı hiç düşünmediğini belirtmektedir. Psikolojik esneklik ölçeğine verdiği yanıtlar ise; zorlayıcı duygu, düşünce ve hisleri ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmaya çalıştığını, olumsuz duygular oluştuğunda dikkatini dağıtmaya çalıştığını, orta düzeyde değerleri doğrultusunda hareket etmeye çalıştığını ve geçmiş ya da gelecekteki düşüncelere takılı kalıp ana odaklanamadığını belirten ifadeleri bulunmaktadır. KBY teşhisi sonrasında hedeflerinde, geleceğe olan inancında ve acı veren duygularından etkilenme düzeyinde bir değişiklik olmadığını ifade etmektedir.

Hastamızla 3. görüşmemizde ödevleri değerlendirildi. Nefes egzersizi uygulaması yaptırılıp ev ödevi olarak her gün kabul ve kararlılık egzersizi ile birlikte yapması istendi. Hastamızın annesi de diyaliz hastası olup ona da yaptıracaklarını ifade etti. Hayat pusulasında yürüyüş ve müzik dinlemeyi çok sevdiğini özellikle diyalizin olmadığı günlerde adanmış davranış olarak gerçekleştirdiğini ifade etmektedir. İş konusunda yaşı

genç ve çalışabilir olsa da isteksiz olup tedavi nedeniyle uygun olmayacağı düşüncesindedir. Ailesi ile birlikte yaşayıp ablaları ile yakın ilişki içerisinde olan hastamız komşuları ile haftada birkaç gün bahçede oturup sohbet ettiklerini, hastalığı bu konuda engel olarak görmediğini, diğer zamanlarda ülkeler, yağlı güreş ve tamirat konusunda videoları izlediğini, öğrendikleri üzerinde sohbet ettiğini ifade etmektedir. Hastamız yağlı güreş ve futbol maçları konusunda ilgili olsa da pandemi nedeniyle bu aktivitelerden uzak durmak zorunda kaldığını ifade etmiştir. Antalya içi, ilçeleri ve yakın şehirlerin festivallerine gününbirlik katılabileceği bu konuda istekli olduğu ve araştırma yapabileceği belirlenmiştir. Bu konuda hastamız ödevlendirilmiştir. Duygular konusunda gökyüzü metaforu, değerler hakkında Disneyland aile seyahati ile ilgili metaforlar anlatılmış ve hastamız bunlara yorumlarda bulunmuştur. Değerler anketinde 10 değere yönelik açıklamalar yapıldıktan sonra 3 değerini belirlemesi ve son 15 günde bu değerler doğrultusundaki davranışlarını 0 ile 4 puan arasında değerlendirmesi istenmiştir. Hastamız ise; “Aile” (3puan), “Sağlık” (4puan), “Kanaatkar olmak” (4puan) olarak belirlemiştir. Ailesinde annesini diyalize götürdüğünü, ilaçlarını takip ettiğini, ablaları ile yakın ilişkide olup birbirlerine destek verdiklerini ancak zaman zaman kırgınlık yaşadığında ya da sinirlendiğinde buna engel olamayıp ani tepkiler verdiğini belirtmiştir. Bu davranış ve duygusunun altındaki düşüncenin ne olabileceği konusunda düşünmek istediğini, bir sonraki seansta tekrar bu konu hakkında konuşmak istediğini ifade etmiştir. Annesinin yaşlı olduğunu ve evlenmeyip hep onunla birlikte yaşamayı tercih ettiğini, hastalıklarının ortak olmasının da bunda etkili olduğunu, ailenin en küçük çocuğu olarak annesine bakmayı görev edindiğini belirtmektedir. Hastamız haftalık değer temelli hayat amaçları aktivitelerinde daha çok aile, sağlık ve kanaatkar olma ile ilgili davrandığı görülmektedir. Hastalıkla bağlantılı davranışlarında diyalize gelmek, tuz ve sıvı kısıtlamasına dikkat etmek, hastalığı kabul ve uyum içinde olduğu görülmektedir. Çizelgede kaygı sadece haftanın 1 günü olmuş istekli yaptığı hiçbir iş olmamış, diyetle uyum için mücadele etmiştir. Adanmış davranışı diyaliz tedavisi, annesine bakım ve sağlık davranışları olduğu görülmektedir. Severek yaptığı bir uğraşı ya da istekliliği ise bulunmamaktaydı. Bu konuda hedefler oluşturuldu. İlgi alanı olan yağlı güreş ve festivaller ile ilgili programı takip etmesi ve haziran ayı etkinliklerine katılım koşullarını araştırabileceği ve daha çok Pazar günleri diyalize de gitmeyeceği için katılabileceği belirlendi. Hastamız pandemiden dolayı kısıtladığı aktiviteleri planlama kararı aldı.

Hastamıza nefes egzersizi ve kabul ve kararlılık uygulamasını diyaliz esnasında da yapabileceği konusunda teşvik edildi. Füzyon için boşluk doldurma cümlelerine ise şöyle yanıtlar verdi; Hayat benim için *mutluluktur*. Aile benim için *her şeydir*. Hastane benim için *iyi bir şey değil*. Diyaliz benim için *iyi bir şey değil*. Organ nakli benim için *önemli*. Anda olmak *iyi bir şeydir*.

ID7: Hastamız 76 yaşında erkek hasta, ailesi ile birlikte yaşamakta, ortaokul mezunu ve aktif bir yaşantısı olduğunu belirtmektedir. Ailesinde kronik hastalık, psikopatoloji ve ağrı öyküsü bulunmayan hastamız 1 yıldan beri diyalize girmektedir. Haftada 4 gün diyalize girmekte olup diyaliz esnasında kramp yaşamaktadır. Kalıcı kateterle diyalize girmekte, normal tansiyon değerine sahip, diyaliz yeterliliği (Kt/V: 1,46) normal olmakla birlikte enfeksiyon ve üre değerleri oldukça yüksektir. Diyetle uymak istemediğini belirten hastamıza 2. seansta diyet, sıvı alımı, tuz tüketimi, ilaç kullanımı konusunda eğitim verilmiştir. Hasta genel sağlık anketine verdiği cevaplarda hastalıkla ilgili bir sıkıntı hissetmediğini, gerginlik, korku, gerginlik ve stres duygularının olmadığını, yaşlılıktan kaynaklı olabilecek sorunlar olarak hastalığı da kabul ettiği, canına kıymayı hiç düşünmediğini, çocukları ve torunlarının ona çok destek verdiği için yalnızlık çekmediğini, gençlik yıllarında yaşadıklarını hatırlayarak mutlu olduğunu kısacası değerlerine yönelip, sorunları olduğu gibi kabul ettiğini ifade etmektedir. Olumsuz duygu düşünce ve hisleri yargılamadan kabul ettiği için strese girmediğini, yaşamdan mutlu olmayı sürdürmeye çalıştığını, bahçeli bir evde olduğu için doğa ile kendini rahatlattığını, üzüntü verici olayları kontrol etmeye çalışmadığını, geçmişte yaptıklarını düşünmek ve torunlarıyla vakit geçirmek ile sıkıntı veren düşüncelerden uzak kaldığını, KBY hastalığı ile bu durumdaki tutumunda bir değişiklik olmadığını belirtmektedir. Yaşlılıkla bağdaştırarak gelecekle ilgili hedef ve inancında bir değişiklik olmadığını ifade etmektedir.

Hastamızla 3. görüşmemizde ev ödevleri değerlendirildi. Hastamıza nefes egzersizi anlatılarak mindfulness ile birlikte her gün yapması konusunda ödevlendirildi. Değerler konusunda metafor üzerinden konuştuktan sonra 10 değer ve açıklamaları paylaşıldı. Hastamızdan 3 değeri seçmesi istendiğinde “Hayatla barışık olmak” (4 puan), “Hoş görülül olmak” (4p) ve “Kanaatkar olmak” (4puan) olarak belirledi. Son 15 gün içerisinde bu değerler yönündeki davranışlarını tam puan olarak değerlendirdi. Kendisi geniş bir aileye sahip ve en yaşlısı olması nedeniyle çok sevildiğini, özellikle aile üyeleri ile yakın

oturmaları nedeniyle sık sık görüştüklerini ve başta torunları olmak üzere iyi iletişim içerisinde. Zaman zaman normal olmayan davranışları hoş gördüğünü ve sevgiden şüphe etmediğini dile getirmektedir. Hiçbir kırgınlık yaşamadığını da buna bağlamaktadır. Hayatla barışık olmasını hem gençlik yıllarında tatminkar hayat yaşamasına bağlamakta hem de kanaatkar olup haline şükrettiğini dile getirmektedir. Hiç şikayet etmediğini, olağan yaşlılık sorunları olarak gördüğünü, diyalize haftada 3 gün gelmesi ve mesanesi olmadığı için sık sık idrar torbası değiştirilmesi de hastamız için hayattan zevk almak için engel olmadığı yönünde olmuştur. Hastamızla aynı görüşmede hayat pusulası üzerinden niyet ve adanmış davranışları, engel olarak gördüğü alanlar belirlenmeye çalışılmıştır. Hastamızın adanmış davranışı tüm gün müzik dinlemesi ve her saat haber takip etmesi olmuştur. Akrabaları ve ailesi ile yakın ilişkilerde olması yine adanmış davranışları içermektedir. Öz bakım konusunda yardım almaktadır. Bundaki en önemli engel kendisi yapamayacak durumda sağlık sorunları ve ileri yaşta olmasıdır.

ID8: Hastamız 25 yaşında, erkek, üniversite öğrencisi, 4 kardeşi olup ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Ailesinde kronik hastalık, psikopatoloji ve ağrı öyküsü olmayıp 1,5 yıldır diyalize girmektedir. Hastamıza iki kez damara ulaşım yolu açılmış olup halen AVF (Arteriyovenöz fistül) ile haftada 3 kez 4 saat olacak şekilde hemodiyalize bağlanmaktadır. Diyet uyumsuzluğu olan bir hasta olup 4500ml interdialitik kilo artışına sahiptir. Diyaliz yetersizliği (Kt/V: 0,46) olan hastamızda diyaliz esnasında baş ağrısı oluşmaktadır. Kendisini hasta hissetmediğini, tükenmiş, dağınık, gergin ya da öfkeli olmadığını, uykusuzluk ya da uyku bozukluğu yaşamadığını, günlük işlerini zevkle yaptığını ancak iş bulamadığı ve askere gidemediği için üzüldüğünü belirtmektedir. Yaşamayı sevdiğini, intihar düşüncesini hiç taşımadığını, kendisini değerli bulduğunu, hayatta kendisi için değerli olan şeyleri yapmaya istekli olduğunu, içinde bulunduğu ana odaklanabildiğini, geçmiş ya da gelecek düşüncesine bazen takılı kaldığını, KBY ile gelecekle ilgili inançlarında ve hedeflerinde bir değişiklik olmadığını, hayata karşı daha duyarlı olduğunu ifade etmektedir.

Hastamızla 3. görüşmemizde mindfulness, ve yaratıcı olumsuzluk ödevleri üzerinde konuşulmuştur. Hayat pusulasında adanmış davranışları; müzik dinlemek, internette gezinmek, resim yapmak, aile ve akrabalık ilişkileri, özbakım ve olumlu düşünce biçimi olduğu görülmüştür. Her keyifsiz hissettiğinde, diyalize girerken cep telefonu ile internette olmanın kendisine iyi geldiğini belirtmektedir. Her ne kadar kaçınma davranışı

olsa da hasta sosyal ilişkileri yoluyla başta ailesindeki yaşlı dedesinin alışverişini yaparak, felçli teyzesiyle vakit geçirerek, yeğenlerini gezmeye götürerek de kendisini iyi hissettiğini, mutlu olduğunu ifade etmektedir. Hastamız ailesel nedenli böbrek yetmezliği covid-19 aşılamasından sonra yoğun bakım sürecinde gelişmiş olup tedaviye tam uyumu gelişmemiştir. Hastalığın olumsuz etkileri ile baş etmede sağlıklı birey davranışı sergilemesi çoğu zaman diyalize geldiğinde hayal kırıklığı yaşamasına neden olmaktadır. Değerleri ve sıvı fazlalığı normalin üzerinde seyreden hastamıza “nefes egzersizi” yaptırılırken nefes almasında gözlemlediğim zorlanma uzman hekim tarafından değerlendirildiğinde komplikasyon geliştiği ortaya çıkmıştır. Hastamıza değer odaklı yaşamakla ilgili hikaye paylaşımından sonra değerler anketinde 10 değer ile ilgili görüşüldüğünde “Faydalı olmak (3puan), “Hayatla barışık olmak (4puan) ve “Kendini geliştirmek” (4puan) olarak belirlemiştir. Ailedeki yaşlı ve hasta büyüklerine faydalı olmaya çalışırken yine sağlıklı birey davranışı sergilemiş ve damar yolunu tehlikeye atacak şekilde eşya taşıma, luna parkta darbe alabilecek oyuncaklar kullandığı için adanmış davranışını faydalı olmak uğruna yaptığını görmekteyiz. Bu değeri doğrultusunda davranmasını ancak hastalığı ile ilgili gerçekleri göz ardı etmeden neler yapabileceği görüşülüp ödevlendirilmiştir. Hastamız “Hayatla barışık olma” değeri için adanmışlık davranışlarında yine sağlıklı birey davranışı sergilemesi ve kendini riske atan top oynama, yemekli toplantılar, gezme, motosiklet kullanma gibi etkinlikler yaptığı belirlenmiştir. Kendisine 4 puan veren hastamıza hayatla barışık olma davranışlarında damar yolu, komplikasyonlar, hayati riskler konusunda görüşülmüştür. Değeriyle uygun düşünce ve davranış geliştirmesi için ödevlendirilmiştir. “Kendini geliştirmek” değeri ile ilgili hastalık öncesinde arkadaş çevresinin kendisini aramadığı için yeni arkadaş ortamında giyim, kuşam ve yeni deneyimlerle değişip geliştiğini ifade etmiştir. Hastalık öncesi süreçte üniversite öğrencisi arkadaşlarının kendisini hiç aramamaları adanmış davranışını değiştirmiş ve onlardan kopmuş olduğunu görmekteyiz. Artık yeni arkadaşları sağlık çalışanları doktor ve hemşireler, diyaliz hastası arkadaşları ve eskiden kalan önceden aynı fikirde olmadığı arkadaşları ile şimdi iyi anlaştığını ve bunun da bir gelişme olduğunu ifade etmektedir. Mesleğini fiziki nedenlerle yapamayacağı için kendini başka mesleki eğitime vererek kendini geliştirmek istediğini belirtmektedir.

Hastamızla 4. görüşmemizde nefes ve mindfulness çalıştığını, kendisini iyi hissettiğini, kendisine daha çok dikkat etme konusunda farkındalık yaşadığını ifade etti. Çünkü

hastamız genç ve yeni diyaliz hastası olarak kabul ve diyaliz uyumluluğu konusunda sorunlar yaşamaktadır. Hastamızla değerler ve anda olmakla ilgili metaforlar paylaşılmıştır. Hastamız bir önceki görüşmede hayat pusulasında eğitim konusunda ve yeni meslek arayışı konusunda araştırmalar başlamış hatta 1 iş görüşmesi gerçekleştirmiştir. Ancak iş sahibinin diyaliz tedavisine yaklaşımı ve iş verimliliği yönünden uygun bulunmamıştır. Bu durum hastamızı üzmüş ve kaygı yaşamasına neden olmuştur. Diğer iş ve mesleki eğitim konusunda yönlenmesi için hedef oluşturmuş, çalışmada istekliliği ve bu konudaki mücadelesine devam edeceğini ifade etmiştir. İş görüşmesi sonrası diyalize girmiş ve tüm gün kaygısı devam ettiğini belirtmiştir. Olumsuz deneyiminden 2 gün sonra gerçekleştirdiğimiz görüşmede, küçük işletmelerde az eleman çalıştırılıp yüksek performans istemeleri nedeniyle aslında beklenen bir olumsuz geri dönüşü olduğu daha büyük kurumsal alanlarda iş seçeneklerinin uygun olabileceği konusunda karara ulaşmıştır. Konu ile ilgili diğer iş imkanlarını değerlendirmeye yönelik planlamalar yapmaktadır. Hastamız haftalık değer temelli hayat amaçları aktivitelerini gerçekleştirmiştir. Diyalize girmediği günlerde tamamıyla aile ve akrabaları ile faydalı olma aktivitelerinde bulunmuştur. En istekli aktivitesi, damar yolu ve genel durumuna uygun olmasa da motor gezintisi yapmak olduğunu belirten hastamız, yeğenlerinin motor tamiratu gibi uğraşları çok sevdiğini belirtmiştir. Diyalizin olmadığı diğer günlerde anneannesini diyalize götürdüğünü, kardeşine ödevlerinde yardımcı olduğunu, bunları yaparken mutlu olduğunu ve sadece yardım etmeyi düşündüğünü ifade etmiş, kısacası değerleri olan aile ve faydalı olma konusunda davranmıştır. Her gün olmasa da kabul ve kararlılık egzersizlerini evde olduğu günlerde, nefes egzersizini otobüs veya evde yaptığını ifade etmiş ve bunları kaydetmiştir. Hastamız boşluk doldurmasını istediğim cümleleri ise şu şekilde doldurmuştur; *“Hayat benim için gerekli olanları yapmaktır”*. *“Aile benim için kırmızı çizgidir”*. *“Hastane benim için ikinci evimdir”*. *“Diyaliz benim için şarj olduğum, motivasyon kazandığım yerdir”*. *Organ nakli benim için ikinci şanstır. Anda olmak benim için mutlu olmaktır*.

Katılımcı demografik verileri şu şekildeydi; hastaların yaşları 24 ile 76 arasında değişmekle birlikte yaş ortalaması 44,4 olup, 7 kadın ve 7 erkekten oluşmaktaydı. Çalışma kapsamına aldığımız KBY erişkin hemodiyaliz hastalarının meslekleri ve eğitim durumları karşılaştırılmak istendi. Çünkü çalışmalar ve gözlemler KBY hastalarının önemli bir kısmının çalışıp okula gidemedikleri yönündeydi. Yaptığımız çalışmada

hastalarımızın 5'i ilkokul, 4'ü ortaokul, 5'i lise ve 1'i üniversite mezunuydu ($\bar{X}$: 2,285714286). Üniversite öğrencisi ya da okuma yazma bilmeyen yoktu. Hastalarımızın çalışma durumu ise; ev hanımı 5 kişi, işsiz 2 kişi, emekli 4 kişi, Muhasebeci 1 kişi, esnaf ve memur 1'er kişi olup orta düzeyde gelire sahiplerdi (s: 0,37796).

Katılımcı hastalarımızdan 2'si ise meslekleri olduğu halde diyaliz tedavisi ile birlikte iş hayatını yürütebilecekleri iş bulamamışlardı.

ID9: Hastamız 48 yaşında, kadın, ilkokul mezunu ve ev hanımıdır. Dört çocuğu var ancak, eşi ve bir çocuğuyla birlikte yaşamakta olup diğerleri evlidir. Ailesinde kronik bir hastalık bulunmamakta ve kendisi 11- 20 yıl aralığında hemodiyaliz hastasıdır. Fistül ile diyalize girmekte olup diyaliz yeterliliği ve uyumu iyidir. Kronik ağrı şikayeti olmamakla birlikte diyaliz esnasında baş ağrısı sorunu bulunmaktadır. Günde sekizin üzerinde ilaç içtiğini belirtmektedir. Psikolojik esneklik ölçeğinde olumsuz duygu ve düşünceleri olduğunda baş etme yollarını tercih ettiğini, kendini üzen durumlardan uzak durmaya çalıştığını ancak bu düşünceleri durdurmada zorlandığını, otomatik hareketlerde orta düzeyde bulunduğunu, sorumluluk aldığını belirtmektedir. KBY ile değişen hayatında acılara daha dayanıklı, yaşamaya daha duyarlı hale geldiği ancak aile içinde sorun çözmede ve geleceğe olan inancında düşme olduğunu belirtmektedir. Daha duygusal olduğunu, yaşam hedeflerinin değiştiğini bildirmektedir. Genel sağlık anketinde ise; hastalıktan iyileşmeye doğru istekli olduğunu, baş ağrısı, yorgunluk gibi hastalık semptomlarını yaşadığını, daha endişeli ve korktuğunu, rol ve görevlerinde değişiklik olmadığını belirtti. Ancak canına kıyma düşüncesinin aklından geçtiğini farklı sorularda da ifade ettiği gözlemlendi. Duygu ve düşünce kontrolü anketinde ise kabul ya da kaçma davranışında bulunduğu tespit edildi. Aile içi ilişkilerde yetişkin çocuklarının beklentisini karşılama ve doğru karar verme konusunda yoğun stres yaşadığını ve bu gibi durumlarla baş etmede çok zorlandığını, ne yapacağını bilemediğini belirtti. Olumsuz düşünceleri irdelemediğini ondan kurtulamadığında bastırma ve kaçma davranışları gösterdiği tespit edildi. Sakin mizaçlı, eşi tarafından desteklenen hastamız değerleri konusunda yaşadığı sorunlarda fizyolojik olarak etkilendiğini ve bunun hastalığıyla ilişkili olumsuz etkilendiğini ifade etmektedir. Kaçış yöntemlerinden hissizleştirmeyi ağırlıklı olarak uyguladığı, hiçbir şeyle uğraşmadığı ve uyumayı seçtiği, mücadele yöntemi olarak içe dönük olduğu belirlenmiştir. Halat çekme metaforu kullanılmıştır. Halat çekme metaforuna göre düşünce ve duygularla mücadele etmede mantığa aykırı davranıldığında

istenmeyen sonuçlara nasıl yol açabildiği vurgulanmak istenmiştir. Hastamız karşı savunma olarak ipe asılmanın daha fazla problem getireceğini, çözümsüz ve iletişimi bozabileceğini eşi ve çocukları üzerinden örneklerle açıkladığı gözlenmiştir. Savaşmak veya yarışı kazanmak istemediğini, herkesin zarar göreceğini düşündüğünü belirtmiştir. Mücadele etmek istemediğini, böyle bir durumun içinde kalmak istemediğini ifade etmiş, ancak halatı hiç bırakmadığı gözlemlenmiştir.

Hastamıza 3. Seansa başlamadan bir önceki hafta ödevleri olan yaratılmış umutsuzluk” ve” mindfulness egzersizi” değerlendirmesi yapılmıştır. Seans içinde “nefes egzersizi” ve “mindfulness egzersizi” yaptırılmış ve yine ev ödevi olarak verilmiştir. Hayat pusulası üzerinden yaptığımız 3. görüşmeye göre; Hastamızın çiçekler ve doğa ile adanmış hobilerinin olduğu, hastalığını engel olarak görmeden yapabildiğini ve bu esnada kendini iyi hissettiğini, evlerinin buna müsait bahçe ortamının olduğunu, ilçede yürüyüşe çıktığında farklı gördüğü bitkileri toplayıp yetiştirmeye çalıştığını belirtmektedir. Ailesinde eşi en çok destek aldığı ve birçok etkinliği beraber yaptığı kişidir. Çocukları yetişkin olsa da onlara karşı sorumlu duymaya ve bağlılığı devam etmekte yani adanmışlığı bulunmaktadır. Hastalık aile içinde iletişimi etkilememekte, çocukları tarafından çok iyi anlaşıldığını düşünmemektedir. Ailesi dışında komşuları ve akrabaları ile sosyal ilişkileri olan, müsafirperverlikle bilindiğini, ebeveynlikte adanmış davranışlarını sürdürdüğü, hem olumlu hem de olumsuz etkilense de onları çok sevdiğini ifade etmektedir. İlgi alanlarındaki kitapları okumayı seven, öğrenmeye niyetli, araştırmacı ve meraklı olmasıyla gelişime açık özellikleri bulunmaktadır. En önemli maneviyatının olumlu düşünmek olduğunu ve bu sayede kendini daha iyi hissettiğini, yaşama sevincinin de buna bağlı olduğunu düşünmekte ve çaba sarfederek adanmış davranış geliştirmektedir. Değer odaklı yaşamak ile ilgili hikaye anlatılmış ve hasta görüşleri alınmıştır. Bu bağlamda değerler anketinde 3 değer seçmesi istediğinde hastamız “Aile” (4 puan), “Hayatla barışık olmak” (4 puan), ve “Hoşgörülü olmak” (4 puan) olarak belirlemiştir. Değerleri ile ilgili olumsuz duygu ve düşünceleri, engelleri olmadığını belirtmektedir. Hastamıza bu değerleri doğrultusunda davranışlarını sürdürmesi için ödev verilmiştir.

Hastamızla 4. görüşmemizde ödevlerini, mindfulness egzersizi ile deneyimlediklerini ve değerlere yönelik davranışlarını konuştuk. Kendisi anneler günü için çocuklarının, torunlarının ve ziyaretine gelen yeğenlerinin, onu çok mutlu ettiğini, geçmişte

gelmediklerinde çok üzüldüğünü ve bunu beklediğini ifade etti. Sevdikleri ile plan yapmaktan, torunlarıyla birlikte olmaktan, sayılmak ve sevmekten çok mutlu olduğunu ifade etti. Diyalize gelmediği özellikle 2 gün diyalize girmediği süreleri bu tip aktiviteler için geçirebileceğini ifade etti. Hafta başında kendisini kötü hissettiğini, biraz dinlenip daha sonra bahçe işleriyle uğraşırken kendisinin daha iyi olduğunu fark ettiğini belirten hastamız, nefes egzersizini gün içinde iki kere yaptığını, düzenli uyuduğunu ancak, sıvı kısıtlamasına uymakta zorlandığını belirtti. İdrar çıkarmadığı için tüm sıvı yiyecek ve içeceklerin biriktiğini bildiğini ve önceki gibi yine dikkat edeceğini belirtti. Kendisi kabir ziyareti yapmak, ibadet etmeyi de sevdiğini belirten hastamız, kendisini kötü hissettiğinde yapabileceği davranışlar arasında olabileceğini hatırlayacağını belirtti. Boşluk doldurma cümlelerine verdiği yanıtlar ise; *“Hayat benim için ayakta durabilmek, huzurlu ve sağlıklı olabilmektir”, “Aile benim için çok önemlidir”, “Hastane yaşamak için gereklidir”, “Diyaliz benim için çok önemli bir tedavidir”, “Organ nakli önemlidir”, “Anda olmak benim için farkında olmaktır”.*

ID10: Hastamız 43 yaşında 11 yıldır evli, memur olarak çalışmaktadır. Çocuğu olmayıp, ailesinde kronik hastalık, psikopatoloji, ağrı öyküsü ise bulunmamaktadır. A.V. Fistülle standart olarak diyalize giren hastamızın diyaliz yeterliliği (Kt/V:1,79) normaldir. Hastamızın diyaliz öncesi tansiyon verileri düşük olup diyaliz esnasında daha da hipotansif olması nedeniyle sıkıntılı geçirmektedir. Sürekli pozisyon verilerek dört saati geçiren hastamız bulantı kusma şikayetleri yaşamakta ve bu nedenle sürekli pompa hızı ve diyaliz süresi değişiklikleri yapılması gerekmektedir. Hastamız 43kg kuru ağırlığında, 1800ml kilo artışıyla gelmiş, idrar çıkışı bulunmamaktadır. Genel sağlık anketine verdiği yanıtlar; kendisini hasta hissetmediğini, tükenmiş, yorgun, dağınık hissetmediğini, ağrı, uykusuzluk gibi şikayetleri yok, seansı çoğunlukla uyuyarak geçirmeyi tercih ediyor ki bu hem hipotansiyondan hem de dört saatlik süreyi çabuk geçirmesinden kaynaklanıyor. Nedensiz yere korku ve panik yaşadığını, her şeyin üzerine yüklenmiş gibi hissettiğini, öfkeli, huysuz, sinirli ya da gergin olmadığını, kendini meşgul edebildiğini, günlük faaliyetlerini her zaman ki gibi yapabildiğini, sınırları bozuk olduğunda da işlerini yapabildiğini, canına kıyma ile ilgili düşüncesine hiç kapılmadığını belirtmektedir. Psikolojik esneklik ölçeği için verdiği cevaplar ise; olumsuz duygu ve düşüncelerini olduğu gibi kabul ettiğini, dikkatimi dağıtarak ve meşguliyetlerle uğraşarak baş ettiğini, düşüncelerinin yapmak istediği şeyleri engellemesine izin vermeden, zor olsa da

sorumluluklardan kaçmadan, değerleri ile uyumlu davrandığını yüksek puanlarda belirtmiştir. KBY teşhisinden önce ile aynı psikolojik esneklikte olduğunu, hayata karşı daha duyarlı, geleceğe olan inancı yüksek, aile içindeki sıkıntıları çözmek hastalık sonrasında daha kolay olduğunu yüksek puanlarda belirtmiştir. Hastamız düzenli olarak diyalize gelmemesi nedeniyle görüşmeler düzensiz seyretmiştir.

ID11: Hastamız 50 yaşında erkek, evli, lise mezunu, emekli, 1 çocuğu var. Annesinde kronik hastalıklardan diyabet ve hipertansiyon var ancak KBY bulunmamaktadır. Hastamız yirmi yılın üzerinde diyalize girmekte, aynı damar giriş yolunu sürdürmekte, diyaliz yeterliliği (1.42), interdiyalitik kilo fazlalığı (3000 ml) normal seviyelerde olup günde on yedi ilaç kullanmakta ve en sık baş ağrısı şikayeti yaşamaktadır. Hastamız diyalize uyumlu, ilaç kullanımı, diyet kısıtlaması ve zamanında seansa gelmesi ile ilgili bir sıkıntı yaşamamaktadır. Kendisini hasta gibi hissetmediğini, tükenmişlik olmasa da zaman zaman dinçleştirecek bir ilaca ihtiyaç duyduğunu (diyaliz sonrası yorgunluk için), uykusuzluk, gerginlik, öfke ya da huzursuz yaşamadığını belirtmiştir. Umutsuzluk, değersizlik, yaşamdan kopma isteği gibi olumsuz düşünceleri olmadığını, kendisini işe yarar, günlük faaliyetlerinden zevk aldığını Genel Sağlık Anketine kaydettirmiştir. Psikolojik esneklik anketinde açıklık belirten kabul ve defüzyona işaret eden veriler bulunmaktadır. Üzüntü verici duygulardan uzak kalmayı, zorlayıcı duygu, düşünce veya hisleri ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçındığını, kabul ettiğini, değerlerine odaklanmayı seçtiğini, KBY teşhisinden önce de bu şekilde yaptığını, yaşamında aile içinde hedeflerinde bir değişiklik olmadığını hatta yaşama daha çok bağlandığını ifade etmektedir.

Hastamız 3. görüşmede önceki mindfulness egzersizi ve yaratıcı olumsuzluk ödevi üzerine konuşulup “nefesi” konusunda eğitim verilip ödevlendirilmiştir. Değer odaklı yaşamakla ilgili metafor üzerinde konuşulduktan sonra “Hayat Pusulası” içerisindeki engelleri belirlenmeye çalışılmıştır. Hastamızın engelleri iş, ebeveynlik, aile ve toplum ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Hastamızın maneviyat, hobi ve eğitim konularında bir uğraşı bulunmamaktadır. Oldukça aktif iş hayatından iflas ve ardından gelen boşanma ile işsiz ve yalnız yaşamaya başlamış belli bir süre sonra böbrek yetmezliği ile diyalize başlamak zorunda kalmıştır. Hastamızın kendisi ile ilgili pişmanlıkları ve engelleri, çoğunlukla sorumluluk duygusundaki yetersizlikten kaynaklı olarak ifade edilmektedir. Maddi ve manevi kayıpları, öncesinde olan Diyabetes Mellitus ve Nefrotik Sendromla

ilgili tedavi uyumsuzluğu sonrasında sağlığını tamamen kaybetmesine neden olmuştur. Hastamızın kızı ile ilişkilerinin bozulmasını, boşanma sonrasında yaşanan olumsuz bilgi aktarımlarından ve diyaliz tedavisi nedeniyle kızının yanına şehir dışına çıkamamasından kaynaklandığı şeklinde ifade edilmiştir. Hastamız sadece yaşlı annesi ile yakın ilişki içindeyse de onu da mutlu edemediğini, yanında yeterince olamadığını belirtmektedir. Değerler anketinde “Aile” (2puan), “Hoşgörölü olmak” (4puan), “Sorumluluk almak” (3p) olarak belirle yapan hastamızla olumsuz duygu, düşünceleri ile engel olarak gördüğü ve yapabilecekleri konusunda görüşölmüştür. Hastamız kızı ile ilişkileri geliştirmek için çaba sarf edeceğini, arayıp kızını yanına çağırıp vakit geçirip, diyaliz tedavi ile ilgili olan şehir dışına çıkamama engelini anlatacağını, annesiyle ev içi ve ev dışı etkinlik planlayabileceğini belirlemiş ve bu konuda ödevlendirilmiştir. Çevresine karşı hoşgörölü olduğunu, annesini, kızını anlayıp hoş gördüğünü ifade etmektedir. Sorumluluklarını artık diyaliz tedavisi ile daha çok fark ettiğini ve bu konuda gelişmek istediğini belirtmiştir. Bu değeri üzerinde bir sonraki görüşmede yapabileceklerini, düşünüp planladıklarını tekrar konuşmak üzere ödevlendirilmiştir.

Hastamızla 4. görüşmemizde ev ödevlerini değerlendirerek başladık. Hastamız kendisine iki hedef oluşturmuştu. Birincisi daha önce yaşadığı yer olan Kemer’e bir hafta sonu gidip kalarak, eski arkadaşlarıyla görüşmek istiyordu. İkinci hedefi ise evinde değişiklikler yapmak üzere planlar yapmış ve bu doğrultuda ustalarla görüşmüştü. Kendisi yogaya başlamaya karar vermiş ve bu konuda tanıdığı bir arkadaşıyla bağlantı kurmayı düşünmekteydi. Hastamıza boşluk doldurma cümleleri verdiğimde ise şu şekilde doldurdu; *“Hayat benim için sevgi, aşk, nefes almaktır”, “Aile benim için her şey ötesi”, “Hastane benim için şifa bulduğum yerdir”, “Diyaliz benim için yaşamaktır”, “Organ nakli benim için kurtuluştur”, “Anda mutlu olabilmektir”*. Hastamız görüşmelerden sonra bir şeyleri fark ettiğini, önceden bildikleri için ise plan yapmaya başladığını ifade etmiştir.

H12: Hastamız 24 yaşında kadın, lise mezunu, ev hanımı, 1 kızı olup 6 yıllık evlidir. Kendisi 2 aydan beri teşhis almış ve hemodiyalize başlatılmıştır. Ailesinde Diyabetes Mellitus dışında kronik hastalık, psikopatoloji ya da ağrı öyküsü bulunmamaktadır. Kalıcı kateterle damara ulaşım yolu sağlanmış, haftada 3 gün 4 saat diyalize girmekte olup diyaliz yeterliliği (Kt/V: 162) normal, son seans kilo artışı 3000ml UF yapılmıştır. Hastanın şiddetli baş ağrısı, bulantı kusma, senkop ile diyalizi yürütölmeye çalışılmakta, henüz diyalize vücudu uyum aşamasındadır. Kendisi ile yapılan genel sağlık anketine

verdiği cevaplar şöyledir; kendisini her zamankinden çok sağlıksız, tükenmiş ve dağınık, ağrı ve uyku sorununu zaman zaman yaşadığını, öfkeli, gerilim altında, huysuz, sinirli hissetmediğini, işlerini her zamanki gibi yaptığını, karar vermede, işe yarama ve değer konusunda sorun yaşamadığını, intihar düşüncesi hiç taşımadığını belirtmektedir. Hastamız yeni teşhis alarak diyalize başlamasına rağmen, tedavi ve hastalığa ilişkin kabul ve uyum konusunda sıkıntı yaşamamaktadır. Psikolojik esnekliğine baktığımızda; hayatı ile hedefleri ve çabası konusunda istekli olduğunu, zorlayıcı düşünce, duygu ve hisleri yargılamadan kabul etmeye hiç katılmadığını, düşüncelerine takılı kalıp yapmak istediklerini yapamadığını, geçmiş ya da gelecekle meşgul olduğu için şu ana odaklanamadığını, KBY hastalığının psikolojik esnekliğini etkilemediğini, hayata daha duyarlı olduğunu, hedeflerinin tamamen değiştiğini, geleceğe inancının orta seviyede olduğunu, aile içindeki sorunları kolaylıkla çözebildiklerini belirtmektedir. Değerleri doğrultusunda davrandığını, şu anda odaklanmakta zorlandığını, acılarından kurtulmak istediğini ifade etmektedir. Hastamızla ikinci görüşmede saklanma, dikkatini dağıtma yöntemleri ile andan uzaklaşmaya çalıştığı belirlenmiştir. Diyaliz esnasında uyumayı ve evden çıkmamayı tercih etmesini, yeni hasta oluşuna ve diyalizle ilgili komplikasyonlardan özellikle baş ağrısı ve uyku bozukluğuna bağlayabiliriz. Mücadeleci bir yapı sergilemekte, diyaliz konusunda olumsuz düşüncelere kapılmak istememekte, kızı ve eşinin varlığı, yaşının genç ve hayata bağlı oluşunun, duygu yönetimi konusunda başarılı olmasındaki değerler ve kabul, psikolojik esnekliğin etkili olduğu düşünülmektedir. Halat çekme egzersizine ve metaforlara, uygulamaların diyaliz esnasında ve şiddetli baş ağrısına rağmen katılmak istemesi bu konuda dikkat çekicidir. Acı veren duygu ve deneyimlerle baş etmesi, duygu ve düşünce anketine verdiği cevaplarla örtüşmekteydi.

Hastamızla 3. Görüşmemizde ödevleri değerlendirilmiştir. Kendisine nefes egzersizi ile mindfulness egzersizi ödevlendirilmiştir. Değer odaklı yaşamak ile metafordan bahsedildikten sonra 10 değer ayrıntılı olarak konuşulmuştur. Hastamız “Sağlık” (3puan), “Faydalı olmak” (3puan) ve “Sorumluluk almak” değerlerini kendi değerleri olduğunu belirtmiş ve bu doğrultuda son 15 gündeki davranışlarını puanlamıştır. Hastamız sağlıklı davranışları yeni öğrendiğini ve özellikle böbrek yetmezliği nedeniyle uymaya çalıştığını, sıvı tüketme konusunda kısıtlamada çok zorlandığını ifade etmiştir. Özellikle kızı 4 yaşında olması nedeniyle ona odaklı yemek hazırladığını ve kendi de tükettiği için yanlış

yaptığını, henüz bunu ayarlayamadığını dile getirmiştir. Hastamızın hemodiyaliz tedavisine adaptasyon süreci devam etmekte olup, genç, yeni evli ve ilk çocuğunu büyütüyor olması, stresörlerle tek başına mücadele etmeyi tercih etmesinden kaynaklandığı anlaşılmıştır. Hastamızın hayat pusulasında arkadaşları veya ailesinden kimseyle sorunlarını paylaşmadığını, kızı ve eşine yönelik yaşam sürdürdüğünü belirtmektedir. Kendisi kitap okumayı sevdiğini, açık öğretimle sağlık yönetimi okuduğunu ama çalışmayı düşünmediğini belirtmiştir. Sorumluluk olarak anneliği işaret eden paylaşımlarda bulunmuştur. Hastalığının evliliğine ya da kızına bakmasıyla ilgili engel oluşturmadığı düşüncesindedir.

Hastamızla 4. Görüşmemize kadar sürede yoğun bakımda hiperglisemi nedeniyle tedaviye alındığı için ödevlerini yapamadığını konuştuk. Hastamız bu süre içerisinde çok zorlansa da ailesinin onu hastanede beklediği için mutlu olduğunu belirtti. Hastamız boşluk doldurma cümlelerini ise şu şekilde tamamladı; *“Hayat benim için kızım için yaşamak”, “Aile benim için çok önemli”, “Hastane benim için ikinci evim”, “Diyaliz benim için ikinci ailem”, “Organ nakli benim için herkesin istediği”, “Anda olmak ben hiç yapamadığım”*. Hastamızla nefes egzersizi, kabul ve kararlılık egzersizi ve değerler üzerine metaforlar tekrar konuşuldu.

ID13: Hastamız 51 yaşında erkek, ilkokul mezunu, esnaf olarak çalışan, evli, 20 ve 25 yaşında çalışmayan /okumayan iki çocuğu bulunmaktadır. Hastamızın ailesinde DM dışında başka kronik hastalık, psikopatoloji ve ağrı öyküsü bulunmamaktadır. Fistülle yaklaşık 6 yıldır hemodiyalize girmekte, hemodiyaliz esnasında herhangi bir komplikasyonu olmadığını belirtse de hastanın sıkıntılı, konuşmayan, diğer hasta ve sağlık personeliyle iletişime geçmeyen, diyalizin tamamlanmasını beklemede sıkıntı yaşan bir hasta olduğu bilinmektedir. Kuru ağırlığı 84kg ve hastadan görüşme günü 2700ml sıvı çekilmiştir. Hastanın diyaliz yeterlilik verileri normal ($Kt/V:1,43$), tansiyonu diyaliz sonuna doğru yükselerek devam etmektedir. Bazen hasta diyalizden çıktıktan sonra baş dönmesi yaşaması nedeniyle bekletilmektedir. Bu hastanın hemodinamik denge konusunda sorun yaşadığını gösteren diyaliz esnasında ekstrakorporeal dolaşıma bağlı komplikasyonu olduğunu göstermektedir. Genel sağlık anketine verdiği cevaplar ise; üzüntü verici olaylardan uzak kalmaya çalıştığını, olumsuz duygu ve düşüncelerin etkisi altında kaldığını, zorlayıcı duygu, düşünce veya hislerde meşgul olmaya çalıştığını, kendisi için önemli olan şeyleri yapmayı sürdürdüğünü, değerleri doğrultusunda

davranmayı seçtiğini yüksek puanlarda belirtmiştir. Diğer taraftan KBY teşhisiyle hayattaki hedeflerinin değiştiğini, hastalık öncesinden daha fazla acı veren duygulardan etkilendiğini, aile içindeki sorunları çözmek bu süreçte daha güçleştiğini ama geleceğe olan inancının değişmediğini, ana odaklanmakta zorlandığını, otomatik hareketleri yaptığını, geçmiş ve gelecekle ilgili takılmalarının olmadığını belirtmiştir. Genel sağlık anketinde ise kendisini sağlıklı hissettiğini, yorgunluk, uykusuzluk yaşamadığını. Zaman zaman baş ağrısı olduğunu, öfke, huysuz, nedensiz korku ve panik halinin her zamanki gibi olduğunu belirtmiştir. Her zamankinden çok gergin ve sinirli olduğunu ifade etmiştir. Yanı sıra kendisinin işe yarama, karar verme, işlerini zamanında bitirme, günlük faaliyetlerden zevk almada KBY teşhisinden önce ile aynı olduğunu belirtmiştir. Kendisini değersiz, umutsuz hissetme, kendi canına kıyma düşüncesinin hiç olmadığını aktarmıştır. Hastamız çalışmaya katılmayı onaylasa da aslında çok istekli olmayan kapalı bir hastadır. İletişim ve uygulamalarda uyumsuz olması hastalığın kabulü ile ilgili füzyonları olduğunu düşündürmüştür. Aynı seansta olup görüşme yaptığım diğer hastalarla çalışmalarımızı uzaktan takip ettiği ve başta reddettiği çalışmalara zaman zaman katıldığını belirtmiştir. Düzenli olarak nefes ve mindfulness egzersizlerini yaparsa fayda sağlayabileceği, eğer yardım isterse her zaman isteyebileceği ifade ettiğimde başını sallayarak onayladığı tespit edilmiştir. Ancak talepkar olmadığı için, diğer anketler ve değerler çalışmaları bu hastaya uygulanamamıştır.

ID14: Hastamız 39 yaşında kadın, evli, abortus nedeniyle çocuk sahibi değil, ilkokul mezunu, 10 yıllık KBY hastası ve hemodiyalize girmektedir. Eşi emekli ve ailesinde başka KBY hastası bulunmamaktadır. Hastamızın diyaliz yeterliliği (Kt/V: 0.82) düşük, diyaliz esnasında baş ağrısı ve sonrasında aşırı yorgun olduğunu belirtmekte ve bu nedenle sürekli uyuduğunu geceleri uyanık olduğunu ifade etmiştir. Hastamız geceleri ortalama 10 saat televizyon izlediğini, eşinin sürekli bilgisayarda olduğunu ve bu sayede de eşiyle kavga etmedikleri yönünde bir açıklama getirmiştir. Küçük yaşta (16 yaş) güneydoğu Anadolu bölgesinden iki eşli babanın 15 çocuğunun en küçüğü olarak, kurtuluş olarak düşündüğü için evlenmeyi kabul ettiğini belirtmiştir. Annesini küçük yaşında kaybetmiş ve kendini çok yalnız hissettiği için evlenip ailesinden ayrılmak istemiş ancak bundan çok pişman olduğunu, okula gidemediğini, evlilikten beklediklerini bulamadığını, hastalık teşhisiyle eşi tarafından sürekli aşağılandığını anlatmıştır. Özellikle gebeliklerinin hep erken sonlanması ile başlayan bu süreçte yaklaşık 10 yıl önce

böbrek yetmezliği eklenince kendisini baş etme yöntemi olarak uyku ve televizyon izlemeyerek kaçma yöntemini seçmektedir. Hastamızın sedanter, fazla kilolu, besin ve yaşam şekli konusunda diyalize uyumsuz olduğu görülmektedir. Hastamızla görüşmemizde metaforlar kullanıldığında hep eşi ile ilgili olan sorunları örnek göstermesi hayatındaki en önemli stresörlerin KBY ve eşi ile iletişim bozukluğu olduğu, eşinin öfke kontrolü ile ilgili davranışlarına maruz kaldığı bu nedenle de ezildiği ifadelerine rastlanmıştır. Duygu ve düşünce kontrolü anketinde hastamızın kaygı ile baş etmekten çoğunlukla kaçmak için kabul etmiş gibi görüldüğünü, kendi haline bırakmayı tercih ettiğini ve aslında pes ettiğini göstermektedir. Hastamız mücadele edemeyeceğine inandığını, boyun eğdiğini ve arkasında kimsenin olmadığını belirten ifadeleri kaydedilmiştir. Kaygı hissetmekten korkmadığını, olumsuz duygu ve düşüncelerden kurtulmaya çalışmadığını ifade etmiştir. Psikolojik esneklik ölçeğinde hayatında neyin önemli olduğu ve hedeflerine yönelik bir fikrinin olmadığı, olumsuz duygu ve düşünceleri kabul etmeyip dikkatini dağıtmaya yöneldiğini, otomatik pilota yaşadığını, sorumluluk almaya yanaşmada isteksiz olduğu, KBY hastalığının psikolojik katılığı arttırdığını, hayatta kalma duygusuyla yaşama bakışının değiştiğini, aile içi sorunları çözmede ve geleceğe inancında olumlu bir değişim olmadığına dair yanıtlar vermiştir. Genel Sağlık Anketindeki sorulara ise; kendisini kötü, tükenmiş ve dağınık, endişelerinden uykusuzluk çektiğini, sürekli gerilim altında hissettiğini, bir işi bitirmek çok zamanını aldığını, sinirleri bozulduğunda hiçbir şey yapamadığını, “ölsem kurtulsam” diye çok sık düşündüğünü belirtmiştir.

Hastamız 3. Seansta bir önceki ödevi ve egzersize katılım durumu değerlendirilmiş ve yeniden mindfulness yaptırılmıştır. “nefes egzersizi” anlatılmış ve ardından yaptırılarak ödevlendirilmiştir. Değer odaklı yaşamakla ilgili metafordan bahsedilip ardından hayat pusulasındaki engeller araştırılmıştır. Buna göre; hastamız özellikle çalışma, eğitim, arkadaşlar, aile ve toplum konularında engel belirtmiştir. Diğer taraftan hobileri organik ürünler ile ilgili uğraşı ve kendini bu konuda geliştirmeye yönelik davranışları ile adanmışlık sergilemektedir. Maneviyat ile ilgili olumlu düşünmek, düşüncelere takılı kalmamak için adanmış davranış içindedir. Ailesi ve akrabaları geniş olsa da uzak olmaları ve hastalığı nedeniyle bir engel oluşturmaktadır. Arkadaşları ile ilgili plan yapamamasındaki engeli ise eşinin izin vermemesidir. Eşi emekli, öfke kontrolü olan kişiliği nedeniyle hem hastalığı hem de sosyalleşmesi konusunda hastamıza izin

vermemektedir. Bu engelleri nedeniyle evin içerisinde, hareketsiz, sosyalleşmeden, öz bakımına özen göstermeyip sadece diyaliz için ev dışına çıkabilen bir durumu bulunmaktadır. Hastamız bu konu ile ilgili bir şey yapamadığını ifade etmektedir. Değerler anketinde “Aile” (4puan), “Sağlık” (3puan), “Kendini geliştirme” (2puan) olarak yaptığı saptamalarında, aile konusunda sadece eşini işaret edip herşeyi yaptığını, sağlık konusunda diyetle uyduğunu ancak arada uyamadığını, kendini geliştirme konusunda yeterince çaba göstermese de organik ürünler hakkında bilgi topladığını belirtmiştir. Ödev olarak organik ürünler konusunda öğrendiklerini bir deftere yazarak arşivlemesi, diyetine ve sıvı alımına daha çok dikkat etmesi, okuma alışkanlığı edinerek ilgi alanları doğrultusunda daha da kendini geliştirmesi önerilmiştir. Ev ödevinde nefes egzersizi her gün 5 dakika ve mindfulness egzersizi verilmiştir.

Hastamızla bir sonraki görüşmede egzersizlerini yaptığı ve kendisi için faydalı olduğu konusunda görüşleri değerlendirilmiştir. Kabul ve kararlılık egzersizlerini her gün sabahları, nefes egzersizini ise uyumadan önce yaptığını belirtmiştir. Hastamız kaybettiği çocuklarını rüyasında aç olarak gördüğünü bu nedenle 200 öğrenciye yemek verdiğini, bundan çok mutlu olduğunu ifade ederek değerleri doğrultusunda davrandığını göstermektedir. Yıllar önce anne karnındayken kaybetmiş olduğu çocukları için eşiyle çok mutsuzluk yaşadığını belirten hastamız, yaptığı bu egzersizlerin etkili olabileceğini düşünmektedir. Küçük hedeflerle değerleri doğrultusunda yaşayabileceğini ise, piknik düzenlemek istediğini ifade etmiştir. Ailesi çok uzakta olduğu ve kaybettikleri çocuklarının mezarlarının da memlekette olduğu belirten hastamız, kendisi diyaliz nedeniyle gidemese de eşinin gitmesi için plan yaptığını, bu ziyaretin eşine iyi gelirse kendine de iyi geleceğini düşünmektedir. Hastamıza boşluk doldurmasını istediğim cümlelere verdiği yanıtlar ise şöyle olmuştur. “Hayat benim için güzeldir”, “Aile benim için karanlıktır”, “Hastane benim için eksikliklerimi tamamladığım yerdir”, “Diyaliz benim için yaşayabilme yerimdir”, “Organ nakli benim için hayat demektir”, “Anda olmak demek keyif almaya çalışmaktır”.

Katılımcı 14 hastanın demografik verilerine baktığımızda, kadın ve erkek hasta sayısı eşit, yaş ortalaması 44,4 olup %35,7'si lise, %28,6 ortaokul ve aynı oranda ilkokul mezunuydu. Hastaların meslek ve gelir durumuna bakıldığında ise, en fazla oranda ev hanımı (%35,7), emekli (%28,6), %14,3'nin işsiz olduğu belirlendi. Hastalarımızın %85'i

gelir düzeyini “orta” olarak belirtti. Evli olanların oranı 57,1, bekar oranı %28,6, dul yada boşanmış olanlar ise %14,3 kişiydi.

Tablo 7
Katılımcı Demografik Verileri (Yaş, Cinsiyet, Eğitim, Gelir düzeyi, Medeni Durum) ve Değerlendirilmesi

		N	%
Cinsiyet	Kadın	7	50,000
	Erkek	7	50,000
	Total	14	100,000
Eğitim	İlkokul	4	28,6
	Ortaokul	4	28,6
	Lise	5	35,7
	Üniversite	1	7,1
	Total	14	100,0
Meslek	Ev hanımı	5	35,7
	İşsiz	2	14,3
	Emekli	4	28,6
	Muhasebeci	1	7,1
	Esnaf	1	7,1
	Memur	1	7,1
	Total	14	100,0
Gelir Düzeyi	Düşük	1	7,1
	Orta	12	85,7
	İyi	1	7,1
	Total	14	100,0
Medeni Durum	Evli	8	57,1
	Bekar	4	28,6
	Dul	2	14,3
	Total	14	100,0

Medeni durum, psikososyal destekte ailenin rolünden yola çıkarak (Evli: 8 kişi, bekar: 4 kişi. Dul veya boşanmış: 2 kişi,) katılımcı hastalarımızın 78,5714’ü ailesiyle yaşamakta olup aile desteği imkanına sahipti. Hastalarımızın içinde KBY teşhisinden sonra parçalanmış aile ve yalnız yaşayan olmadığı belirlendi. Görüşmelerde katılımcı hastaların hepsi aile desteği aldığını belirtti.

Katılımcı hastalarla yapılan görüşmelerde tespit edilmiş ailesel bir psikopatoloji, kronik ağrı olmamakla birlikte %28,6’sında KBY yatkınlığı bulunmamaktaydı.

Tablo 8
Katılımcı Hastaların Hastalık Anamnez Verileri

	Frequency	N	%
Ailede Psikopatoloji Öyküsü	Var	0	0
	Yok	14	100,0
	Total	14	100,0
Ailede Ağrı Öyküsü	Var	0	0
	Yok	14	100,0
	Total	14	100,0
Ailede KBY Öyküsü	Var	4	28,6
	Yok	10	71,4
	Total	14	100,0

Hastaların duygu durumları diyaliz tedavisinin başından sonuna değişkenlik gösterdiği için katılımcı hastaların ne kadar süre diyaliz tedavisini aldıklarına baktık. Gerek tedavinin kendisi başlı başına stresör olmakla birlikte üremik toksinlerin ve ilaçlara bağlı ortaya çıkan komplikasyonlarla hastalarda duygu durum değişikliklerine rastlanır. Bizim çalışmamızda psikopatoloji öyküsü olmayan hastaların bir diğer avantajı da çok uzun süre KBY ve diyaliz tedavisi ile mücadele etmemeleri olabilir ki hastalarımızın diyaliz süreleri 1: 1-10yıl %71,4 iken 10-15 yıl aralığındakilerin oranı %21,4 idi. Sadece 1 hastamız 15 yılın üzerinde bir diyaliz geçmişine sahipti.

Tablo 9
Diyaliz Anamnez Verileri

	Frequency	N	%
Diyalize Başlama Yılı	1-10 yıl	10	71,4
	11-15 yıl	3	21,4
	15yıl üstü	1	7,1
	Total	14	100,0
HD Damar Yolu	AV Fistül	5	35,7
	Graft	1	7,1
	Keçeli Kateter	8	57,1
	Total	14	100,0
Diyalizde En sık görülen Komplikasyon	Hipotansiyon	4	28,6
	Kramp	1	7,1
	Kaşıntı	1	7,1
	Ağrı	4	28,6
	Yok	4	28,6
	Total	14	100,0

Diyalize girme süresi 1: 1-10 yıl 2:10-15 yıl 3-15 üstü yıl
Damar yolu: 1: Fistül 2: Graft 3: Kateter

Katılımcı hastaların primer tanıları KBY olması, ailesel yatkınlığın ve altta yatan kronik bir hastalı (Diyabet, hipertansiyon) oranının düşük olması dikkat çekiciydi (%71, $\bar{X}$:1,7142, s: 1,26). Hastalarımızdan 10'u diyalize 1-10 yıldır girmekte olup 8'i kalıcı kateter ile tedavi almaktadır. Kalıcı kateter fistül ve greftten sonra 3. Olarak tercih edilen kronik damar giriş yolu seçeneğidir. Bu bağlamda hastaların %57,1'inde damar yolu problemi yaşanmakta olduğunu gösterdi. Damar yolu sorunları hasta ömrünü etkileyen en önemli problemlerin başında gelmekte buna bağlı olarak stresin de arttığını söyleyebiliriz. Hastaların Kt/v değeri diyaliz yeterliliğini diğer bir ifadeyle yapılan diyaliz tedavisinin etkinliğini (üre temizleme oranı) göstermektedir. Hastaların Ktv $\bar{X}$: 1,36 olması minimum hedef değeri 1,2'nin üzerinde olması nedeniyle etkin ortalama tespit edildi. Ancak hastaların 3'ünde (%21,4) diyaliz yeterliliği olmadığı belirlendi. Diyaliz yeterli olmadığında yaşam kalitesi düşmekte, hospitalizasyon ve mortalite riski yükselmektedir. Bu bağlamda hastaların %78,5'inde iyilik hali görülmekteydi.

Diyalizde erken ve geç dönemde ortaya çıkan ve görülme oranı belirgin yüksek olan 4 komplikasyon katılımcılarda arandı.

KBY teşhisi ile ilgili hastaların değişen duygu ve düşünceleri 0-7 puan arasında değerlendirmesi istenildiğinde, katılımcı verilerinin $\bar{X}$: 27,42 s:11,38 olduğu belirlendi. KBY ile duygu düşünce değişikliği %58,8 olup bu oran katılımcılarda, ACT uygulamadan önce ortalama veri 27,42 iken, çalışma sonrasında 26,92 olarak belirlendi. Bu bağlamda katılımcı hastaların KBY ile duygu düşünce %5 çalışmamız sonrası değişti.

Tablo 10
Katılımcıların Psikolojik Esneklik Puanının Çalışma Öncesi ve Sonrasının Karşılaştırılması

	N	Minimum	Maximum	Ortalama ($\bar{X}$)	Standart sapma (s)	Variance
Psikolojik Esneklik (Öncesi)	14	93,00	142,00	115,5000	13,14271	172,731
Psikolojik Esneklik (Sonrası)	14	91,00	146,00	120,3571	15,80948	249,940

Hastaların ACT çalışması öncesi ve sonrası psikolojik esnekliklerinde bir değişiklik olup olmadığını ölçtük. Hastalarımız seanslarda olumlu geri dönüş yapmış ve gerek

mindfulness gerekse değer odaklı davranışın önemini kavramış olsalar da değerlendirmeleri ölçtüğümüzdeki sonuçlar şöyleydi; çalışma öncesinde minimum puanda düşme maksimum puanda artışla ortalama 115,50 den 120,35 çıktı. Katılımcı 14 hastamızdan ikisinde yapılan uygulamalarda isteksizlik ve dirençle karşılaşmamıza ve seans sayısının kısıtlı olmasına rağmen psikolojik esneklik puanlarındaki artış kaydedildi. Katılımcılarda “değerler” üzerinde çalışılmış ve “değer odaklı davranışlar” ölçülmüştür. Buna göre; hastalarımızın 3 değer belirlemesini istedik. En fazla “Aile” ardından “Sağlık” ve “Hoşgörü” değerini seçtikleri ve değer odaklı davranışlar için 1-5 puan arasında son 15 günlük davranışlarını puanlamaları istendiğinde ise 15 üzerinden 13 puan veren 1 hastamız oldu. İki hastamız ise katılmadıkları için davranışlarını da puanlamadılar. Değerlendirmeler hastaların 3 ve üzeri (9-15 puan) değer odaklı davranışları için puanlama yapan hastaların oranının %71,4 olduğunu tespit ettik.

Tablo 11
Değer Odaklı Davranışların Değerlendirilmesi

Değerler	Puanlama	n	%
Aile	0	6	42,9
	2	2	14,3
	3	4	28,6
	4	2	14,3
	Toplam	14	100,0
Sağlık	0	7	50,0
	2	1	7,1
	3	3	21,4
	4	3	21,4
	Toplam	14	100,0
Faydalı olmak	0	12	85,7
	3	2	14,3
	Toplam	14	100,0
Güzellik ve kendine bakım	0	13	92,9
	3	1	7,1
	Toplam	14	100,0
Hayatla barışık olma	0	10	71,4
	2	1	7,1
	4	3	21,4
	Toplam	14	100,0
Hoşgörülü olmak	0	9	64,3
	3	3	21,4
	4	2	14,3
	Toplam	14	100,0
Kanaatkar olmak	0	12	85,7
	4	2	14,3
	Toplam	14	100,0
Kendini geliştirmek	0	12	85,7
	2	1	7,1
	4	1	7,1
	Toplam	14	100,0
Yaşamdan keyif almak	0	13	92,9
	4	1	7,1
	Toplam	14	100,0
Sorumluluk almak	0	10	71,4
	2	1	7,1
	3	1	7,1
	4	2	14,3
	Toplam	14	100,0
Olumsuz duygu düşünce	0	10	71,4
	1	4	28,6
	Toplam	14	100,0

Goldberg (1972) tarafından geliştirilen bu ölçeğin, Kılıç (1996) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Toplumda ve psikiyatri dışı klinik ortamlarda karşılaşılan ruh sağlığı sorunlarını saptamak amacıyla oluşturulmuş olan Genel Sağlık

Anketi (GSA-28), 28 soruluktur. “Her zamankinden çok”, “Her zamanki kadar”, “Her zamankinden kötü” ve “Her zamankinden çok kötü” olarak dört seçenekli cevaplardan oluşmaktadır. Genel Sağlık Anketi puanlama yöntemi, ilk iki maddenin negatif, son iki maddenin pozitif olarak puanlandığı iki maddeli bir ölçek olarak kullanılır. Ölçekten en az 0, en çok 28 puan alınabilmekte ve alınan puanın fazla olması psikolojik rahatsızlık olasılığını arttırmaktadır. Ölçek puanı 5'in altı olan bireyler teste göre psikolojik sağlık açısından “normal” olarak kabul edilirken, 5 ve üzeri puan alan bireyler psikolojik sağlık açısından “riskli grup” olarak değerlendirilmektedir.

Bu bağlamda katılımcıların Genel Sağlık Ölçeği puan ortalaması müdahale öncesinde 12,48 iken müdahale sonrası 8,42 olmuştur. Katılımcıların minimum puanı 2 den 0 a inerken, maksimum puanı 20 den 17'ye düşmüştür. Dolayısıyla ACT müdahalesi katılımcılar üzerinde, toplam puanda Genel Sağlık ölçeğinde pozitif etkilemiştir.

Tablo 12
Genel Sağlık Anketi Çalışma Öncesi ve Sonrası Verilerinin Karşılaştırılması

	N	Minimum	Maximum	Ortalama ($\bar{X}$)	Standart Sapma (s)	Variance
Genel Sağlık Anketi Müdahale Öncesi	14	2,00	20,00	12,78	5,49	30,18
Genel Sağlık Anketi Müdahale Sonrası	14	,00	17,00	8,42	5,70	32,57

Tablo 13
Genel Sağlık Anketi Alt Ölçeklerinin ACT Müdahalesi Öncesi ve Sonrasının Karşılaştırılması

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma	Variance
Somatik_Semptomlar Müdahale Öncesi	14	1,00	6,00	4,00	1,75	3,07
Somatik_Semptomlar Müdahale Sonrası	14	,00	5,00	2,35	1,78	3,17
Aksiyete ve Uykusuzluk Müdahale Öncesi	14	,00	7,00	3,92	2,20	4,84
Aksiyete ve Uykusuzluk Müdahale Sonrası	14	,00	5,00	2,35	1,90	3,63
Sosyal Fonksiyonlarda Bozulma Müdahale Öncesi	14	,00	7,00	3,42	2,17	4,72
Sosyal Fonksiyonlarda Bozulma Müdahale Sonrası	14	,00	4,00	2,21	1,42	2,02
Ağır Depresyon Müdahale Öncesi	14	,00	4,00	1,42	1,50	2,26
Ağır Depresyon Müdahale Sonrası	14	,00	4,00	1,50	1,55	2,42

KBY teşhisi ile duygu ve düşünce değışikliğı (min puan: 0, max puan: 42) ACT müdahalesi öncesi katılımcılarda $\bar{X}$: 27,42 müdahale sonrasında $\bar{X}$: 26,92 olduğı, dolayısıyla katılımcıların ortalama puanlarında müdahale ile bir değışim olmadığı bulundu.



BÖLÜM 6: TARTIŞMA VE SONUÇ

Yaptığımız diyaliz tedavisi alan yetişkin ve diyaliz geçmişi 1-10 yıl aralığına dayanan rastgele seçilmiş sosyokültürel düzeyi birbirine yakın psikopatoloji ve ailesel yatkınlığı olmadığı belirlenen 14 katılımcıya, ACT müdahalesinin iyilik hali üzerindeki etkisini araştırdık. ACT uygulamalarının farklı gruplar üzerindeki ve daha çok etkinliği 8-12 seans arasında olduğu belirlenen çalışmaların ışığında psikososyal desteğe ihtiyaç duyan ve yaşam kalitesi bozulan hastalardaki katkıyı merak ettik. Çalışma, Covid-19 pandemi sürecinde ve riskli grup olmaları nedeniyle 5 hafta çalışabildik. Ödevler, hasta ve görüşme kayıtları ve görüşme dışı zamanlarda ihtiyaç duyduklarında telefon ile destek sağladık. Katılımcılar büyük oranda çalışmaya isteyerek katılımlarını sürdürürken, yoğun bakım süreci, hastaneye yatış süreci ve iki hastamızda düzensiz katılımlar gerçekleşti.

Katılımcılardan aldığımız geri dönüşler bize ACT'nin potansiyel etkinliğini netleştirmek için daha fazla ve daha uzun seanslı çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürdü. Alan yazında sıklıkla karşılaşılan birçok veriyi almakla birlikte bazı veriler bizim çalışmamızda farklı çıktı. Bunlardan bazıları; en fazla KBY nedeni ülkemiz ve dünya literatüründe DM ve HT iken çalışmamızda oranı %7,14 ile HT olduğu Diyabetik nefropati olmadığı belirlendi. Katılımcıların %71,4 oranında primer tanı KBY olması hastalığın organ hasarına yol açan kronik hastalık alt yapısı olmadan da oluşabildiğini gösterdi. Literatürde, yaşam kalitesi kronik hastalıklarda bozulmakla birlikte, diyaliz tedavisinde damar giriş yolu sorunları, komplikasyonlar, diyaliz merkezine bağlılık, diyet kısıtlaması, artmış kardiyovasküler risk sorunları nedeniyle çalışma veya okula gidememe, evlenememe, impotans, sosyal geri çekilme, gibi sonuçlara neden olduğu yönündedir. Çalışmamızda, işsizlik oranının düşük, orta düzeyde gelire sahip, aile desteği alan hastalarımızın çoğunlukta olduğunu belirledik. Katılımcılar dışında bilmekteyiz ki birçok işsiz, yalnız yaşayan, ekonomik zorluğu ve bakım ihtiyacı olan, eşi tarafından terk edilmiş, toplum tarafından dışlanmış diyaliz hastaları da bulunmaktadır. Bu nedenle Antalya merkezde, tıp fakültesi hemodiyaliz ünitesine ulaşım imkanı bulan hastalarımız belli diğer imkanları nedeniyle de şanslı olan küçük bir grubu temsil etmiş olabilir. Buna rağmen hastalarımızın genel sağlık anketine verdikleri puanlamalarda hastalığın iyilik hallerini olumsuz yönde etkilediğini gördük.

Katılımcılarda KBY dışında kardiyovasküler, solunum, hareket kısıtlılığı sorunu olan hastalarda hastalık algılarının yüksek ve kontrol yaklaşımlarının yüksek olduğunu gördük. Aynı hastalarda ödev ve kayıt tutmada zorluk yaşadıklarını, iki hastada kabul sorunlarının ağır bastığı için çalışma katılımını sürdüremediklerini, çoklu hastalık varlığının yaşam hedeflerinin olmadığını gördük. Hastalarımızla olan iletişimde metaforun çift yönlü etkiye sahip olduğu görüldü. Hastaya uygun metafor ile hastanın katılımı daha güçlü idi. Uzun süreli diyaliz hastalarında medikal sorunlar üzerinde çalışırken tedaviye uyum konusunda metaforların kullanımının etkisini deneyimlemek ilgi çekiciydi. ACT ile birleşen diyalizin etkinliği için ilaç kullanımı, tuz kısıtlaması ve diyet kurallarına uyum konusunda hastalarda kabul ve kararlılık geliştirmek oldukça kolaylaştığı görüldü. Eğitim ve diyaliz hemşirelerin bu konuda eğitim almasının hasta üzerinde etkili olabileceği düşünüldü.

ACT içinde önemli uygulamalardan biri olan değerlere yönelimin sadece hasta için değil kronik diyaliz hastalarının aile içi iletişimde ve problem çözmede de etkili bir yöntem olabileceğini düşündürdü. Özellikle değişen yaşam koşulları nedeniyle KBY ile aile içi problem çözme becerisi ön plana çıkmaktadır. Hastalıkla birlikte aile parçalanmalarının, susidal eğilimlere, tedaviden kopmaya kadar birçok sorunun yaşanabildiği diyaliz tedavi sürecinde, geleneksel toplumlarda en önemli değer olan aile ile ilgili ACT önemli bir destekleyici olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle ACT uygulamalarının hastane içi eğitimlerde sağlık çalışanlarına verilmesi, hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası süreç, kronik hastalık ve kanser gibi pek çok zorlayıcı döneme katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Değerlere yönelim, diyaliz hastalarında ayrı bir öneme sahiptir. Ağır ve belirsiz tedavi süreci geçiren hastalardan özellikle organ nakli ile ilgili donörü olmayan ve kadavra bekleyenlerde, yaşam hedefleri ve motivasyonları kaybolmuş olabilmektedir. Değerler, aynı zamanda hasta için yaşam hedefi oluşturma ve bu konuda çaba sarf etmesinde tetikleyici olabilecek bir faktördür. Hasta görüşmelerinde özellikle yaşam kalitesi çok bozulan ve sosyal izolasyonu seçenlerde zamanla konfor alanı olarak görülüp dışına çıkmak istemedikleri gözlemlenmektedir. Gelecekle ilgili olumsuz düşünceler, çıkarım ve yargılar, hisler, duygular gibi birçok içsel deneyimle meydana gelen füzyon, maalesef ki hastalarımızın çoğunda ve biraz da kültürel destekle görülmektedir. Çoğunlukla kontrol etme ve kural koyma ile ilgili gerekçeleri KBY olmaya dayandırılmaktadır.

Görüşme ve ödevlendirmelerde değerlerine yönelik davranış planlarken aslında hasta da yapabileceği şeylerin olduğu ile yüzleştiği ve harekete geçmek istediği görülmüştür. Hem yetişkin hastalarda hem de çocuk hastalarda ailelerinin etkisiyle daralan sosyal kaynaklar çoğunlukla psikosomatik hastalıklara, ağrı eşiğinin düşmesine, uzun süreli hospitalizasyonda vücut direnci düşüklüklerine neden olabilmektedir. ACT ile KBY hastalarında farkındalık ve değer odaklı davranışlar bu nedenle özel bir öneme sahip olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda yaşamın devamlılığında homeostazik mekanizmalar fiziksel olarak adaptasyon mekanizmaları nasıl kullanıyorsa, yaşam hedefi de o oranda yaşamın devamlılığında etkili olduğu söylenebilir.

Bir diğer çıkarım ise hastaların hastalıkla ilgili hoş olmayan duyum, izlenim, anı gibi durumlar ve başa çıkma stratejileri ile ilgiliydi. Hastaların karşılaştığı zorluklarda gösterdikleri tepkiler birbirinden farklıdır. Bu bağlamda belirlenen sorunlar uzun süre devam eden hastalık ve tedaviyle ilişkili sınırlamalar ve yan etkilerle ilgiliydi. En çok diyaliz yapılırken hastaları olumsuz etkileyip duygusal zorluk yaşamalarına neden olan komplikasyonlar, hipotansiyon, kramp ve baş ağrısıydı. Bu durum beklenen bir durum olsa da hastanın yaşadığı fizyolojik ve duygusal sıkıntılar, anılar, deneyimler onların psikolojik katılık ve füzyon durumlarında rahatlama ile an ile esnek temas, kabul, değerlere yönelimi kullandıkları, beden taraması ve nefes egzersizleri ile ana tekrar odaklanmayı başarabildiklerinde sağlık algıları ve KBY ile ilgili duygu ve düşüncelerinde değişiklikler meydana geldiğini gördük.

Katılımcı hastalarımız ile yaptığımız görüşmelerde, stresle baş edememe ve hoş olmayan duygu ve deneyimler onların değerlerinden ve mutlu edebilecek aktivitelerden uzaklaştıklarını gördük. Farkında olmadan yaptıkları bu tutumun nedenini her defasında hastalıkla bütünleştirdikleri engeller olduğunu bilmemekteydiler. Ödevler defüzyon ve değerlere yönelim için hastaların daha önce bilmedikleri ve kolay olmasa da çoğunun denemek istediği şeylerdi. En azından bu çalışma ile hastaların, bu tutumlarını fark etmelerini ve azaltmalarını sağladı.

Hastalarda kontrol yönelimi bir diğer çıkarımdı. Sosyal bağlamın hastalığın yarattığı durumla nasıl başa çıktığıyla ilgiliydi. Bu yanıt sıklıkla, hastanın sağlığını korumanın bir yolu olarak faaliyetlere katılımın azaltılmasını (işten ayrılma ve günlük sorumlulukların terk edilmesi veya devredilmesi) teşvik eden eylemlerdi. Sorun yaşadıklarında uyuma,

yemek yeme, eve kapanma gibi uzun vadede fonksiyonel olmayan davranışlardı. Hastaların alışkanlıkları ve işlevselliğinin değerlendirilmesi, yaratıcı umutsuzluk, kayıttutma ve ödevler ile ortaya çıkartılmasının faydalı olduğunu gördük. Hastalarımızın bir kısmı sosyal yaşamdan kaçmak istememekte ancak iş bulamadıkları için vazgeçtikleri, başarılı olamayacakları için çalışmak istemediklerini vs. ifade ettiler. Belirli görevleri bu şekilde bırakmak kısa vadede rahatlama sağlasa da uzun vadede işsiz olmaktan, okula gitmemekten, sosyalleşmemekten vb. kararlarıyla aslında hayatın değerli yönleriyle temas fırsatlarını da azalttıklarını kendilerine göstermiş olduk.

Kabul ve Kararlılık Terapisi, psikolojik esneklik konusunda pratik ve anlamlı bir yaklaşım sunmaktadır. Her yaş gelişim dönemi, fizyolojik ve psikolojik sağlık sorunlarında bu yaklaşımın gruplar üzerindeki etkileri alan yazında gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı dezavantajlı, tedavisi ömür boyu devam eden, sürecin belirsiz ve mortalite riskinin yüksek olduğu diyaliz hastalarındaki etkisi kısa sürede elde edilen küçük değişikliklerin, daha uzun seanslarda artabileceği ön görüsüdür. Sadece hemodiyaliz hastalarında ve yetişkin grupta değil diğer renal replasman tedavisi alan periton diyaliz ve organ nakli hastalarında da çalışılmasının faydalı olabileceği görüşündeyim. Özellikle ülkemizde, psikolojik tanı almadığı için psikolojik destek almayan çok sayıda diyaliz hastası bulunmaktadır. Hastalığın teşhisinden tedavi sürecinin içinde yaşanan kabul, tedavi uyumu ve iyilik hali sorunları ile yaşanan duygusal zorluk oranlarını azaltmak için, ACT eğitiminin verilmesi faydalı olacaktır. Ancak, çalışmaların heterojenliği ve sınırlamaları, özellikle örneklem özellikleri kadar etkinliğini karşılaştıran randomize kontrollü çalışmalar Kabul ve Kararlılık Terapisinin uzun vadeli sonuçların araştırılmasının yanı sıra diğer bağlamsal terapötik yaklaşımların ölçüldüğü karşılaştırılması da ilgi çekici olacaktır.

KAYNAKÇA

- Akyol, A. D. (1993). Yaşam Kalitesi Yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2), 75-81.
- Arch, J. J., K. B. Wolitzky-Taylor, G. H. Eifert, and M. G. Craske, (2012). Longitudinal Treatment Mediation of Traditional Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7-8), 469-478.
- Avcı Çiçek, E. (2013). *Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında İnflamatuvar Durumun Biyokimyasal Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Başer, E. (2018). *Hemodiyaliz Hastalarında Eğitim Programının Sıvı Kontrolü ve Diyete Uyum Üzerindeki Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Dikeç, M. ve G. Dikeç (2021). Ruhsal Bozukluklarda Böbrek Fonksiyonları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 95104.
- Garcia T.W., J. P. Veiga, L. D. Motta, F. J. Moura, and L. A. Casulari (2010). Depressed Mood and Poor Quality of Life in Male Patients with Chronic Renal Failure Under Going Hemodialysis. *Rev Bras Psiquiat*, 32, 369-374.
- Güner, O. Y. (2019). Diyaliz Hastalarında Sosyal Bütünleşme İhtiyacı. *IBAD*, (5), 175-184.
- Hawkes, A. L., S. K. Chambers, K. I. Pakenham, T. A. Patrao, P. D. Baade, B. M. Lynch, J. F. Aitken, X. Meng, and K. S. Courneya (2013). Effects of a Telephone-Delivered Multiple Health Behavior Change Intervention (CanChange) on Health and Behavioral Outcomes in Survivors of Colorectal Cancer: A Randomzed Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncolgy*, 31(28), 2313-2321.
- Hayes, S. C. (2020). *ACT Randomized Controlled Trials Since 1986*. 16 Ağustos 2022 tarihinde https://contextualscience.org/ACT_Randomized_Controlled_Trials adresinden alındı.

- Hayes, S. C., K. D. Strosahl, and K. G. Wilson (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., K. D. Strosahl, K. G. Wilson, R. T. Bissett, J. Pistorello, D. Toarmino, et al. (2004). Measuring Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model. *The Psychological Record*, 54, 553–578.
- Hayes, S. C., K. Wilson, E.V. Gifford, and V. Folette (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Holley, J. L., B. Francois, and R. Rault (1992). A Comparison of Reported Sleep Disorders in Patient on Chronic Hemodialysis and Continuous Peritoneal Dialysis. *Am J Kidney Dis*, 2, 156-161.
- Jose Quintero, P. S., R. Rodríguez Biglieri, and E. Etchezahar (2022). The Argentinian Version of The Cognitive Fusion Questionnaire: Psychometric Properties and The Role of Cognitive Fusion as a Predictor of Pathological Worry. *Curr Psychol*, 41, 2546–2557.
- Karadakovan, A. ve F. Eti Aslan (2010). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Kasson, E. M. and A. N. Wilson (2016). Preliminary Evidence on The Efficacy of Mindfulness Combined with Traditional Classroom Management Strategies. *Behavior Analysis in Practice*, 10, 242–251.
- Kocaman, N. (2005). Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 49-51.
- Levey, A. S., K. U. Eckardt, Y. Tsukamoto, et al. (2005). Definition and Classification of Chronic Kidney Disease: A Position Statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int*, 67, 2089-2100.
- McCurry, S. and S. C. Hayes (1992). Clinical and Experimental Perspectives on Metaphorical Talk. *Clinical Psychology Review*, 12, 763-785.
- Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul: Roche.
- Süleymanlar, G., C. Utaş, T. Arinsoy, K. Ateş, B. Altun, M. R. Altıparmak, ... K. Serdengeçti (2011). A Population-Based Survey Of Chronic Renal Disease in Turkey--

The CREDIT Study. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication of The European Dialysis And Transplant Association - European Renal Association*, 6(26), 1862–1871.

Şahin, İ., Ş. Zeteroğlu, H. Güler, Y. Melek ve L. Eminbeyli (2004). Diyaliz Hastalarında Gebelik Olgularının Değerlendirilmesi ve Literatür Sunumu. *ARTEMİS*, 5(3), 230-234.

Şanlıtürk, D., N. Ovayolu ve Kes, D. (2018). Hemodiyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1(13), 17-25.

Tanrıverdi, M. H., A. Karadağ ve E. Ş. Hatipoğlu (2010). Kronik Böbrek Yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2(2), 27-32.

Tarbox, J., T. G. Szabo, and M. Aclan (2020). Acceptance and Commitment Training Within the Scope of Practice of Applied Behavior Analysis. *Behavior Analysis in Practice*, 15(1), 11-32.

Telef, B. B. (2013). Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H. U. Journal of Education)*, 28(3), 374-384.

Top, M. Ş., S. Y. Özden ve M. E. Sevim (2003). Psikiyatride Yaşam Kalitesi. *Düşünen Adam*, 16(1), 18-23.

Topbaş, E. (2015). Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri ve Evrelere Özgü Bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1, 53-59.

Twohig M. P., and M. E. Levin (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 751-770.

Uyar Suiçmez, T. (2019). Psikoterapide Metafor Kullanımı ve Değişen Anlamı: Depresif Bir Olgu Sunumu. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 6(1), 85-101.

Yavuz, F. K. (2015). Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT): Genel Bir Bakış. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 21-27.

Yıldırım, S. ve Gürkan, A. (2010). Psikososyal Açıdan Kansere ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26(1), 87-97.

Zakiei, A., H. Khazaie, M. Rostampour, S. Lemola, M. Esmaeili, K. Dürsteler, A. B. Brühl, D. Sadeghi-Bahmani, and S. Brand, (2021). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Improves Sleep Quality, Experiential Avoidance, and Emotion Regulation in Individuals with Insomnia-Results from a Randomized Interventional Study. *Life (Basel)*, 11(2), 133.

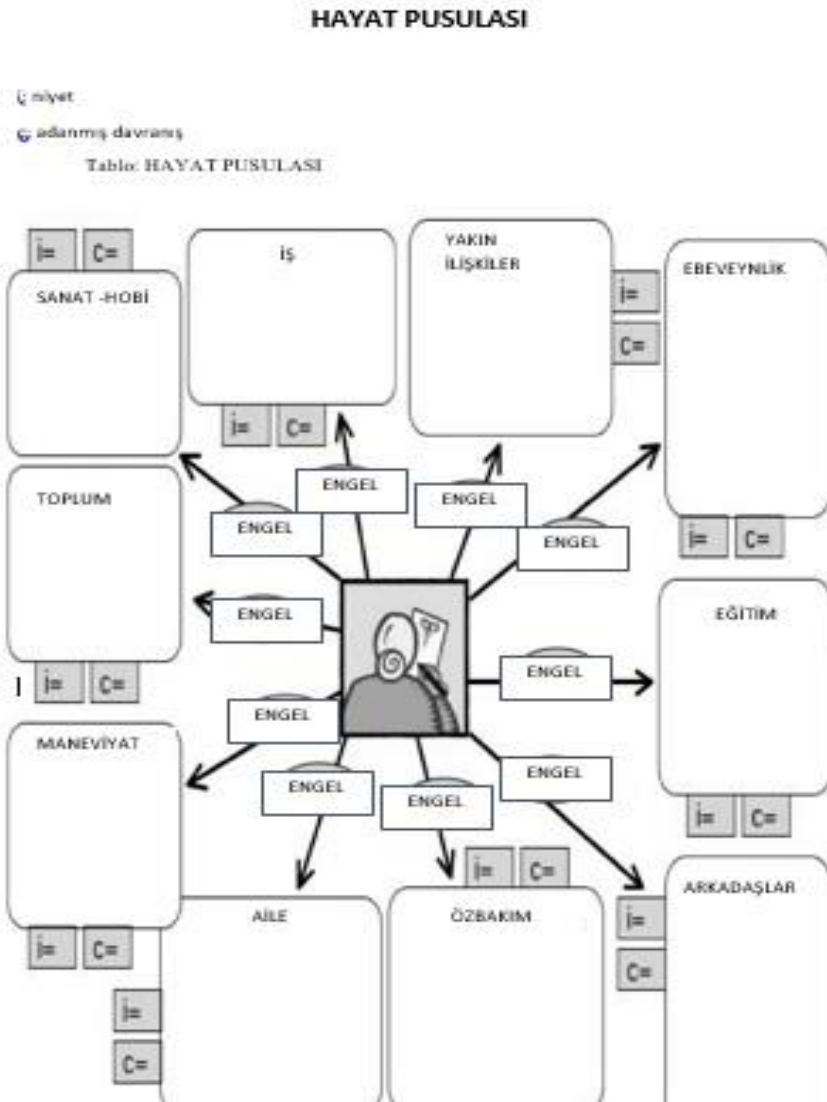


EKLER

EK 1. Değerler Anketi

Değerler	Puan (0-4) Son 15 gün için	Değerle ilgili olumsuz duygu ve düşünce	Yapmasına engel olan şeyler	Yapabilmek için edinmesi gereken beceriler	Ödey
Aile					
Sağlık					
Faydalı Olmak					
Güzellik ve Kendine Bakım					
Hayatla Barışık Olmak					
Hoşgörülü Olmak					
Kanaatkar olmak					
Kendini Geliştirmek					
Yaşamdan Keyif Almak					
Sorumluluk Almak					

EK 2. Hayat Pusulası



Kaynak: Davranış Bilimleri Akademisi Kabul ve Kararlılık Terapisi Eğitimi

EK 3. Etik Kurul Kararı

T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU KARAR SURETİ

Toplantı Tarihi : 14.02.2022

Toplantının Yeri: Nişantaşı Üniversitesi Toplantı Odası

Toplantı Sayısı : 2022/4

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Uğur YOZGAT	Başkan
Doç. Dr. Umut BAŞOĞLU	Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Yılmaz GÖBENEZ	Üye
Prof. Dr. Ömer Cüneyt BİNATLI	Üye
Prof. Dr. Ahmet İrfan YÜKLER	Üye
Prof. Dr. Serkan KESKİN	Üye
Öğr. Gör. Erkul BULUT	Üye
Demet ÖVELEK	Raportör

Gündem:

Gündem 7. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Yasemin Oğuz Güner'in "Diyaliz Hastalarında Odaklanmış Kabul ve Kararlılık Terapisi Uygulamasının iyilik Haline Etkisi" çalışmasının görüşülmesi.

Kararlar:

Karar 7. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Yasemin Oğuz Güner'in "Diyaliz Hastalarında Odaklanmış Kabul ve Kararlılık Terapisi Uygulamasının iyilik Haline Etkisi" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Uğur YOZGAT
Başkan