

T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ GÖREN KRONİK BÖBREK
YETMEZLİĞİ HASTALARININ PSİKOLOJİK DAYANIKLILIĞININ
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
Gizem SOYLU

TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. ARZU İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN

ANKARA - 2018



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 26/12/2018

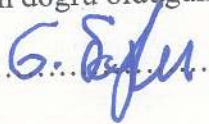
Öğrencinin Adı, Soyadı : Gizem Soylu
Öğrencinin Numarası : 21520066
Anabilim Dalı : Sosyal Hizmet ABD
Programı : Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı
Danışman Unvanı/Adı, Soyadı : Prof. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN
Tez Başlığı : Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek
Yetmezliği Hastalarının Psikolojik Dayanıklılığının
Yaşam Kalitesine Etkisi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 114 sayfalık kısmına ilişkin, **18/12/2018** tarihinde şahsım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%18'** dir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

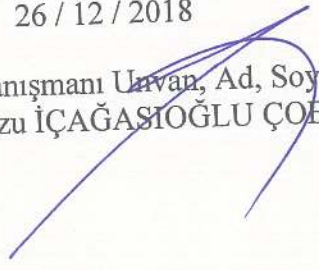
“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:....

Onay

26 / 12 / 2018

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad:
Prof. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN



ANKARA 2018
KABUL VE ONAY

Gizem SOYLU tarafından hazırlanan "Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikolojik Dayanıklılığının Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Kabul (sınav) Tarihi: 26/12/2018

(Jüri Üyesinin Unvanı, Adı-Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi



Jüri Üyesi: Prof. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN (Danışman)

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi



Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Seda ATTEPE ÖZDEN

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi



Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

...../...../20....

Prof. Dr. İpek KALEMCİ TÜZÜN

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Öncelikle, lisans eğitimimden bu yana her ihtiyacım olduğumda ilgili, samimi, hoşgörülü yaklaşımıyla destekleyici ve yol gösterici olan, tez çalışmamın tamamlanmasında akademik bilgisiyle, fikirleriyle, önerileriyle değerli katkılar sunan ve beni başarabileceğim konusunda daima cesaretlendiren sevgili hocam ve değerli tez danışmanım Prof. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN'a içtenlikle teşekkür ederim.

Lisans eğitimime önemli katkılar sunan, eğitim hayatımda karşılaştığım her türlü sorunun çözümünde hak temelli yaklaşarak destekleyici ve yol gösterici olan, sosyal hizmet mesleğinin “Her insan biriciktir” ilkesini benimseyen ve davranışlarıyla insana kendini değerli olduğunu hissettiren, hem akademisyen hem de bir insan olarak örnek aldığım, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum saygıdeğer hocam, jüri üyesi Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER'e teşekkür ederim. Hocam iyi ki sizi tanıdım ve bir dönem ders alma şansım oldu. Sizden öğrendiğim bütün her şey hayatım boyunca bana rehberlik edecek.

Geliştirici önerileriyle tezimi son haline getirmede katkısı olan değerli jüri üyesi Dr. Öğretim Üyesi Seda ATTEPE ÖZDEN'e teşekkür ederim.

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca akademik anlamda öğrettiği değerli bilgilerin yanısıra sevgisini, sıcaklığını ve içtenliğini hep hissettiğim, manevi desteğiyle bana güç katan ve üzerimde çok emeği olan değerli hocam Prof. Dr. Işıl BULUT'a teşekkür ederim.

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bana akademik bilgisiyle, fikirleriyle ve desteğiyle katkı sağlayan sayın Doç. Dr. Ertan KAHRAMANOĞLU'na teşekkür ederim.

Hayattaki anlam arayışında bana farklı yollar gösteren, her dibe vurduğum zamanlarda güçlü yönlerime odaklanarak yeniden ayağa kalkmamda beni cesaretlendiren ve destekleyen, sevinçlerimi, üzüntülerimi, kaygılarımı, kızgınlıklarımı rahatlıkla paylaştığım, ruh sağlığımı güvenle emanet ettiğim Psk. Harika ÖZEL'e çok teşekkür ederim.

Bu tezin yapılmasını olanaklı kılan İskenderun Devlet Hastanesi ve Başkent Üniversitesi İskenderun Diyaliz Merkezi'ne veri toplama sürecindeki değerli yardımları ve katkıları için teşekkür ederim.

Tanıştığımız günden bu yana ne zaman ihtiyacım olsa yardımını esirgemeyen, sevgisiyle, sıcaklığıyla, ilgisiyle her daim yanımda olan, tezimin her aşamasında çok büyük emeği ve katkıları bulunan, üniversite yıllarımın bana kattığı en değerli varlık olan, can dostum Arş. Gör. Ayşe Şeyma TURGUT'a sonsuz kere teşekkür ederim. İtiraf etmeliyim ki; senin desteğin olmasaydı bu süreci sağlıklı bir şekilde tamamlamam pek mümkün olmazdı.

Kısa süre önce tanışmış olmamıza rağmen yanındayken yıllardır tanıyormuş hissi yaşadığım, sıcacık, samimi davranışlarıyla gönlüme taht kuran, ne zaman bir ihtiyacım olsa seve seve yardımcı olan, tez çalışmam boyunca beni cesaretlendiren ve destekleyen can dostum Gülenay BEKTAŞ'a çok teşekkür ederim.

Son olarak, hayatım boyunca beni maddi, manevi her konuda destekleyen, başarabileceğim konusunda bana inanan ve güç veren aileme çok teşekkür ederim.

ÖZET

SOYLU, Gizem. *Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikolojik Dayanıklılığının Yaşam Kalitesine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.

Kronik böbrek yetmezliği hastalığının tedavisinde sık kullanılan hemodiyaliz, hasta ve ailesini psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden olumsuz olarak etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu araştırma hemodiyaliz tedavisi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikolojik dayanıklılığının yaşam kalitesine etkisini ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada nicel araştırma yönteminden yararlanılarak ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırma İskenderun Devlet Hastanesi ve Başkent Üniversitesi İskenderun Diyaliz Merkezinde düzenli olarak hemodiyaliz tedavisi gören 101 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak, hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özelliklerini ortaya koymak için araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyo-Demografik Form, yaşam kalitesi düzeylerini ortaya koymak için SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini ortaya koymak için Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada toplanan veriler SPSS Statistics 23 (Statistical Package for the Social Sciences) adlı bilgisayar programı ile analiz edilmiştir.

Araştırma sonucunda hemodiyaliz hastalarının gelir düzeyi, hemodiyaliz görme süresi ile yaşam kalitesi arasında ve cinsiyet, hemodiyaliz görme süresi ile psikolojik dayanıklılık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Kişisel Güç alt boyut puanları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Genel Sağlık ve Mental Sağlık alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişkiler bulunmaktadır. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Sosyal Kaynaklar alt boyutu puanları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Mental Sağlık alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz hastaları, yaşam kalitesi, psikolojik dayanıklılık, sosyal hizmet

ABSTRACT

SOYLU, Gizem. *The Effect of Resilience on Quality of Life in Chronic Renal insufficiency Patients Taking Hemodialysis Treatment*, Master Thesis, Ankara, 2018.

Hemodialysis, which is frequently used in the treatment of chronic renal insufficiency disease, adversely affects patients and their families in terms of psychological, social and economic aspects and decreases their quality of life. This study was carried out to reveal the effect of resilience of chronic renal insufficiency patients taking hemodialysis treatment.

Relational screening model was used in the research by using quantitative research method. The study was carried out with 101 patients receiving regular hemodialysis treatment in Iskenderun State Hospital and Baskent University Iskenderun Dialysis Center.

In the research, several data collection tools are used: In order to reveal the Socio-Demographic characteristics of hemodialysis patients, a Socio-Demographic form prepared by the researcher; to demonstrate the level of quality of life, SF-36 Quality of Life Scale and to reveal the levels of resilience, Resilience Scale for Adults. The data collected in the research analyzed by a computer program called SPSS Statistics 23 (Statistical Package for the Social Sciences 23).

As results of the research, it is found that there is a statistically significant difference between hemodialysis patients' income level, hemodialysis duration and quality of life and gender, hemodialysis duration, and resilience level. There is a statistically significant, weak and positive correlation between the Personal Strength sub-dimension scores of the Resilience Scale and General Health and Mental Health sub-dimension scores of SF-36 Quality of Life Scale. There is also a statistically significant, weak and positive correlation between the Social Resources sub-dimension scores of the Resilience Scale and Mental Health sub-dimension of Quality of Life Scale.

Keywords: Hemodialysis patient, quality of life, resilience, social work

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	II
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR	X
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM I. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ	3
1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Tedavisi	3
1.2. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Karşılaştığı Sorunlar	3
1.2.1. Fiziksel Alanda Görülen Sorunlar.....	4
1.2.2. Psikososyal Alanda Görülen Sorunlar	4
1.2.3. Psikiyatrik Sorunlar.....	5
1.2.4. Cinsel Alanda Görülen Sorunlar	7
1.2.5. KBY Hastaların Ailelerinin Karşılaştığı Sorunlar	8
1.3. Tıbbi Sosyal Hizmet	9
1.3.1. KBY Hastaları ve Hasta Yakınlarıyla Sosyal Hizmet.....	10
1.4. Yaşam Kalitesi	12
1.4.1. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi.....	12
1.4.2. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi	14
1.5. Psikolojik Dayanıklılık (Yılmazlık).....	15
1.5.1. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler	16
1.5.2. Ailede Psikolojik Dayanıklılık	17
1.5.3. Sağlıkla İlişkili Dayanıklılık	18
1.6. Araştırmanın Problemi.....	19
1.7. Araştırmanın Amacı.....	20
1.8. Araştırmanın Önemi	21
1.9. Sayıtlar	22
1.10. Sınırlılıklar	22
1.11. Tanımlar.....	22

BÖLÜM II. YÖNTEM.....	23
2.1. Araştırmanın Modeli.....	23
2.2. Evren ve Örneklem	23
2.3. Kullanılan Ölçme Araçları.....	23
2.4. Verilerin Toplanması	25
2.5. Verilerin Analizi	25
2.6. Süre ve Olanaklar.....	26
BÖLÜM III. BULGULAR VE YORUM.....	27
3.1. Hemodiyaliz Tedavisi Gören KBY'li Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hemodiyaliz Sürecine İlişkin Bulgular	27
3.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Psikolojik Dayanıklılık Durumlarının Yaşam Kalitelerine Olan Etkilerine İlişkin Bulgular	38
3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerle Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulgular	41
BÖLÜM IV. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	55
4.1. Sonuçlar	55
4.1.1. Hemodiyaliz Tedavisi Gören KBY'li Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Ve Hemodiyaliz Sürecine İlişkin Sonuçlar	55
4.1.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Psikolojik Dayanıklılık Durumlarının Yaşam Kalitelerine Olan Etkilerine İlişkin Sonuçlar	57
4.1.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerle Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkilere İlişkin Sonuçlar	58
4.2. Öneriler	60
KAYNAKLAR.....	63
EKLER	75
EK-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	75
EK-2 Anket Formu	76
EK-3 Başkent Üniversitesi Etik Kurul Onayı.....	84
EK-4 Hatay İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyon Kararı.....	85
ÖZGEÇMİŞ.....	86

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.	Yaş'a Göre Katılımcıların Dağılımı	27
Tablo 2.	Cinsiyete Göre Katılımcıların Dağılımı	28
Tablo 3.	Medeni Duruma Göre Katılımcıların Dağılımı	28
Tablo 4.	Eğitim Düzeylerine Göre Katılımcıların Dağılımı	28
Tablo 5.	Mesleklere Göre Katılımcıların Dağılımı	29
Tablo 6.	Hemodiyaliz Tedavisi Almaya Başladıktan Sonra İş Hayatındaki Değişikliklere Göre Katılımcıların Dağılımı	29
Tablo 7.	Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı	30
Tablo 8.	Gelir Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı	30
Tablo 9.	Sosyal Güvencelerine Göre Katılımcıların Dağılımı	31
Tablo 10.	Hanede Yaşanılan Kişilere Göre Katılımcıların Dağılımı	31
Tablo 11.	Hemodiyaliz Tedavi Sürelerine Göre Katılımcıların Dağılımı	31
Tablo 12.	Haftalık Hemodiyaliz Tedavi Sıklıklarına Göre Katılımcıların Dağılımı	32
Tablo 13.	İlaçları Düzenli Kullanma Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı	32
Tablo 14.	Tedavi Ekibince Önerilere Uyuma Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı	32
Tablo 15.	Hemodiyaliz Seansını Önerilen Süreden Önce Terk Etme Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı	33
Tablo 16.	Diyet Konusunda Sorun Yaşama Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı	33
Tablo 17.	Damar Ulaşım Yolu ile İlgili Sık Sık Sorun Yaşama Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı	34
Tablo 18.	Hemodiyaliz Seanslarında Karşılaşılan Durumlara Göre Katılımcıların Dağılımı	34
Tablo 19.	Hemodiyaliz Seanslarında Genellikle Vakit Geçirme Şekillerine Göre Katılımcıların Dağılımı	35
Tablo 20.	Hemodiyaliz Tedavisi Süresince Hastalık Hakkında Açıklama Yapan, Önerilerde Bulunan Kişi veya Kişiler Olma Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı	35
Tablo 21.	Hemodiyaliz Tedavisi Süresince Karşılaşılan Güçlüklerle İlgili Olarak Duygu ve Düşüncelerini İfade Etmesi İçin Anlayan, Cesaretlendiren Kişi veya Kişiler Olma Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı	36
Tablo 22.	Hemodiyaliz Tedavisi Süresince Karşılaşılan Güçlüklerle Mücadelede En Çok Destek Olan Kişilere Göre Katılımcıların Dağılımı	36
Tablo 23.	Hemodiyaliz Tedavisi Süresince İhtiyaçlarının Karşılanması İçin Para, Eşya, İlaç, Yiyecek, Giyecek vb. Yardımda Bulunan Kişi veya Kişiler Olma Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı	37
Tablo 24.	Hemodiyaliz Tedavisi Süresince Hastaların yerine getirmekte güçlük çektiği durumlarda(ev işleri, çocuk bakımı, alış-veriş yapma vb.) Sorumlulukları Üstlenen ve Bu Konuda Destek Sağlayan Kişi veya Kişiler Olma Durumuna Göre Katılımcıların Dağılımı	37
Tablo 25.	Ölçekler İçin Tanımlayıcı İstatistikler	38
Tablo 26.	Ölçek ve Alt Boyutlarına İlişkin Normallikler (Çarpıklık, Basıklık)	39
Tablo 27.	Ölçekler ve Alt Boyutlar Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	39

Tablo 28. Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi.....	41
Tablo 29. Yaş Gruplarına Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi.....	43
Tablo 30. Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi.....	44
Tablo 31. Cinsiyete Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi.....	45
Tablo 32. Medeni Duruma Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi.....	46
Tablo 33. Medeni Duruma Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi.....	47
Tablo 34. Eğitim Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi.....	48
Tablo 35. Eğitim Düzeylerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi	49
Tablo 36. Gelir Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi.....	50
Tablo 37. Gelir Düzeylerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi.....	51
Tablo 38. Hemodiyaliz Tedavisi Görme Süresi Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi.....	52
Tablo 39. Hemodiyaliz Tedavisi Görme Süresi Gruplarına Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi.....	53

KISALTMALAR

HD	: Hemodiyaliz
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
YK	: Yaşam Kalitesi



GİRİŞ

Günümüzde dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelen kronik böbrek yetmezliği (KBY) birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilen, böbrek fonksiyonlarının geri dönüşümsüz olarak kaybedilmesi ile sonuçlanan, bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen ve yaşam boyu tedavi ve takip gerektiren bir hastalıktır.

KBY hastalığının bireyleri ve yakınlarını fiziksel, bilişsel, sosyal ve duygusal alanlarda etkilediği bilinmektedir. KBY tedavisi hemodiyaliz, periton diyalizi ve transplantasyon ile sağlanmaktadır. Organ bağışının ve naklinin kısıtlı olduğu ülkemizde hasta bireylere uygun böbreğin bulunması yıllarca sürebilir veya uygun böbrek hiç bulunamayabilir. Bu süreçte hasta bireyin yaşamını sürdürebilmesi için diyalize girmesi gerekmektedir. Yaygın olarak kullanılan hemodiyaliz, bireylerin haftanın üç günü, birkaç saat diyaliz makinesine bağlanarak, böbreğin yerine getiremediği işlevlerin yerine getirilmesini sağlayan bir süreçtir. Hemodiyaliz tedavisi hastaların yaşam sürelerini uzatmakla birlikte pek çok fiziksel, ruhsal ve psikososyal sorunu da beraberinde getirmektedir (Okanlı, 2005: 575). Hastanın yaşamını bir makineye bağlı sürdürmesi fiziksel alanda; halsizlik, idrara çıkamama, cinsel işlev kaybı, beden imajında bozulma gibi sorunlara; psikososyal alanda, sosyal işlevselliğin bozulması, aile içi rollerin değişmesi ve işlevlerin bozulması, iş/okul yaşamında problemler, ekonomik problemler gibi sorunlara; ruhsal alanda, anksiyete, depresyon, stres, tükenmişlik ve uyum güçlüğü gibi sorunlara yol açabilir. Özetle tüm bu bileşenlerin, hasta bireyin yaşamının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi olasıdır.

Hemodiyaliz tedavisinin bireylerin yaşam şeklinde değişikliklere yol açması nedeniyle bu bireylerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve tedaviye uyumun geliştirilmesi giderek artan önem kazanmıştır (Tuğla ve Çınar, 2006). Hastalık, sağlık ve tedaviye etkileri üzerine odaklanan sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi bireyin fiziksel sağlık, psikososyal durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, bireysel inanış ve çevre ile iletişimi içine alan bir kavramdır (Akyol Durmaz, 2016). Çeşitli faktörlere bağlı olarak hemodiyaliz hastalarında olumsuz etkilenen yaşam kalitesi düzeyinin, süreç içinde

sorunlarla başarılı bir şekilde baş ederek ve yaşanan hastalık deneyimini olumlu değişimlerle yeniden çerçevelendirerek yükseltmek olasıdır. Bunun için de zorlukları yenme gücü ve dirençli olma anlamına gelen psikolojik dayanıklılık özelliğine sahip olmak gereklidir. Psikolojik dayanıklılık, zor yaşam koşulları karşısında uyum sağlayıcı davranışları harekete geçiren, olumlu tutum ve davranışları kapsayan çok boyutlu bir yapıdır (Aandroodi, 2017). Biyo-psiko-sosyal boyutta zorlayıcı bir hastalık deneyimi olarak kronik böbrek yetmezliği, hastaların baş etme kapasitelerini zorlayan ve uyum sağlamayı güçleştiren bir süreçtir. Yapılan araştırmalar psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin yaşam kalitelerinin de yükseldiğini göstermektedir.

Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören hastaların ruhsal, psikososyal ve ekonomik sorunlarının çözümünde, tedavi sürecinde psikolojik dayanıklılıklarının artırılarak başarılı bir uyumun sağlanmasında ve tüm bunların sağlanarak hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde sosyal hizmet mesleğinin müdahalesine gereksinim vardır. Tedavi ekibin bir parçası olan sosyal hizmet uzmanları güçlendirme yaklaşımını temel alarak bireylerin yetersizliklerini ele alıp güçlendirmeyi, güçlü yönlerini ortaya çıkarmayı, karar verme gücünü, problem çözme kapasitesini geliştirmeyi ve yaşam kalitesini yükseltmeyi hedefleyen mesleki uygulamalar gerçekleştirebilir. Bu araştırma, kronik böbrek yetmezliği hastalığının takip ve tedavisinin yapıldığı diyaliz merkezlerinde hastalara yönelik yürütülen sosyal hizmetin daha etkili ve yeterli olması açısından mesleki müdahale planlarının geliştirilmesi, hizmet alacak olan hastaların bu zorlu yaşam dönemlerini daha rahat ve kaliteli geçirmelerine imkân sağlayacaktır.

BÖLÜM I. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ

1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Tedavisi

KBY, sonuçları itibari ile bireyi, aileyi ve toplumu psikososyal ve ekonomik yönden etkileyen ve bir ülkenin sağlık hizmetlerindeki kalite etkinliği, yeterlilik ve organizasyon gücünün sınıandığı önemli hastalıklardan biridir (Erol, 2010: 5). KBY hastalığına sahip hasta sayısı hem dünyada hem de ülkemizde hızla artış göstermektedir. Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2015 yılsonu verilerine göre, son dönem böbrek prevalansı milyon nüfus başına 935, insidans ise milyon nüfus başına 147 olarak belirlenmiştir (Seyahi, Ateş ve Süleymanlar, 2017: 155).

Klinik açıdan KBY, asemptomatik böbrek fonksiyonu azalmasından, üremik sendroma kadar uzanan bir süreç olup, fonksiyonel değişiklik derecesine göre evrelere ayrılır (Battaloğlu, 2007:7). KBY erken evrelerde böbrek fonksiyonlarındaki bozulmaya başlar, tedavi gerçekleşmezse sıvı elektrolit bozulmalardan sinir sistemine, kardiyovasküler sisteme kadar tüm sistemlerde bozulmaya yol açar(Gökçe, 2010: 6).

Böbrekler fonksiyonlarını büyük ölçüde yerine getiremediği ve ilaç tedavisinin yetersiz kaldığı durumlarda RenalReplasman Tedavileri (RRT) uygulanır. Bu tedavi; hemodiyaliz(HD), periton diyalizi(PD) ve böbrek transplantasyonu(TX) yöntemlerini içerir(Sevindik, 2017:13).

Ülkemizde renalreplasman tedavisi gören hasta sayısı giderek artış göstermektedir. Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2017 yılsonu verilerine göre 77311 hastanın renalreplasman tedavisi aldığı tespit edilmiştir. En sık uygulanan RRT tipi hemodiyaliz (%76) olup, ardından transplantasyon (%20) gelmektedir, periton diyalizi (%4) ise son sırada yer almaktadır (Seyahi, Ateş ve Süleymanlar, 2017).

1.2. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Karşılaştığı Sorunlar

KBY hastalığının tedavisinde en sık kullanılan yöntem olarak hemodiyaliz, hastaların ölümden kurtulmalarını sağlayarak, yaşam sürelerini uzatmış olsa da hem hastaların hem

ailelerinin bu süreçte fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşamalarına da zemin hazırlamaktadır. Tedavi sürecinde karşılaşılan her türlü sorun tedavinin sürdürülmesini güçleştirmekte, tedavi sürecine uyumu olumsuz etkilemektedir (Karadeniz ve ark., 2005: 30).

1.2.1. Fiziksel Alanda Görülen Sorunlar

Böbrek yetmezliği durumunda böbrek işlevi gören hemodiyaliz makinası, böbreğin tüm işlevlerini tam olarak sağlama konusunda yetersiz kalmakta ve hastada kronik böbrek yetmezliğinin bulantı, kaşıntı, halsizlik, efor sorunu gibi bazı belirtileri devam etmektedir. Buna ek olarak, diyaliz seansı sırasında kan basıncı düşmesine bağlı belirtiler de görülmektedir (Arat, 2006: 9). Lok (1996: 64) hemodiyaliz hastasıyla gerçekleştirdiği çalışmada hastalar tarafından en çok ifade edilen üç fiziksel zorluğun fiziksel kısıtlılıklar, yorgunluk ve kas krampları olduğunu belirtmektedir. Hastalarda idrara çıkamama, halsizlik, cinsel işlev kaybı, kendi öz bakımını sağlayamama, uyku sorunu, fiziksel değişimler gibi fiziksel sorunlar yoğun olarak gözlenmektedir (Uzun, Kara ve İşcan, 2003).

1.2.2. Psikososyal Alanda Görülen Sorunlar

KBY nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, organik rahatsızlıklara pek çok ruhsal ve sosyal sorunların eşlik ettiği görülmektedir.

KBY’nde hissedilen ölüm korkusu, fiziksel güç ve dayanıklılığın kaybedilmesi, iş kaybı veya zorunlu emeklilik nedeniyle ekonomik açıdan güçlükler yaşanması, rol kayıpları veya değişmesi, diyet ve sıvı alımının kısıtlanması ve tıbbi bağımlılık hastaların yaşamında hastalığın ve diyaliz tedavisinin neden olduğu değişimlerdir (Özçürümez, Tanrıverdi ve Zileli, 2003)

Bireylerin kronik bir hastalığa tepkileri genellikle; yas, depresyon, kaygı inkâr, kızgınlık, yansıtma, patolojik bağımlılık, agresif direnç, regresyon ve suçluluk duygusu şeklinde olmaktadır. Bu duygusal durumlar, davranışlara çevreye yönelik ilgisizlik, birçok şeyden aşırı korkma, bakım verenlere yönelik aşırı düzeyde bağımlılık ya da bağımsızlık, isyankârlık, kendilerine yasaklanan şeyleri yapma istek ve davranışı, utangaçlık ve

yalnızlık, sağlıklı insanlara karşı öfkeli davranışlar şeklinde yansıyabilir (Akt: Zengin ve Yıldırım, 2017: 67).

Hemodiyaliz hastaları, sosyal çevreleriyle olan ilişkilerinde de sorunlar yaşayabilmektedirler. Hastalanmadan önce birey kendisini işiyle, ilişkileriyle ve hobileriyle tanımlarken hastalık tanısıyla birlikte kendisini hasta birey olarak da tanımlamak zorunda kalmakta ve tedavi sürecinde hasta birey; eğitim, çalışma durumu, sosyal ve kültürel etkinliklere katılım konusunda sorunlar yaşayabilmektedir (akt: Zengin ve Yıldırım, 2017: 67). Mutlu'nun (2007) gerçekleştirdiği araştırmanın bulgularına göre; KBY'ye sahip hastaların; %59.2'si arkadaş ve akrabalarıyla ilişkilerinin azaldığını, %12.8'i yaşamakta olduğu çevreyi değiştirmesi gerektiğini, %1.7'si eş ve çocukları tarafından terk edildiğini, %38.5'i diğer insanlara beklentilerinin arttığını belirtmektedir (Mutlu, 2007). Sosyal işlevsellikle ilgili sorunlar, ailevi sorunlar, iş/okul yaşamıyla ilgili sorunlar, ekonomik kayıplar, sosyal dışlanma ve geri çekilme gibi sosyal sorunlar KBY hastalarında görülen diğer sorunlardır. Zengin ve Yıldırım'ın (2017:69) hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları araştırma bulgularına göre; hastaların yaşadıkları psikososyal sorunlar, terk edilme, geçmişe duyulan özlem, sosyal destek ve arzu edilmeyen cinsel ilişkiye zorlanma olarak belirlenmiştir.

1.2.3. Psikiyatrik Sorunlar

KBY yaşayan hastalar, hastalığın yarattığı fiziksel ve psikososyal sorunlar nedeniyle genel popülasyona oranla psikiyatrik rahatsızlıklar yaşama konusunda toplumdaki diğer bireylere göre daha fazla risk altında olabilmektedir. Yavuz ve diğ., (2012:34)yaptıkları çalışmada hemodiyaliz tedavisi alan hastalarında psikiyatrik morbitenin genel popülasyona göre %43 oranında daha yaygın olduğunu belirlemişlerdir.

Sağduyu ve Erten(1998) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise hemodiyaliz hastalarında (N=70) ICD-10 tanı ölçütlerine göre, %22.9 oranında en az bir ruhsal bozukluk saptanmıştır. Majör depresyon nöbeti %17.1 ile yaygın anksiyete bozukluğu %8.7 ile en sık konulan tanılardır

KBY hastalarında, hastalığın evresi, süresi, şiddeti ve psiko-sosyal faktörlere göre farklılaşmakla birlikte görülebilecek psikiyatrik rahatsızlıklar depresyon, anksiyete, organik beyin hastalıkları, uyum ve davranış bozuklukları olarak belirtilebilir.

Depresyon

Ünlüoğlu ve diğ., (1997) göre depresyon, *“insanın yaşama, istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin karamsar düşünceler, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır”*

Yapılan araştırmalarda, KBY de kişinin sağlığının sürekli tehdit altında olması, hastane süreçlerinin sürekli olması, yaşanan fiziksel kayıplara bağlı olarak değişen roller, aile ve yakın çevrede yaşanan sorunlar nedeniyle hemodiyaliz hastalarında depresyonun sık görüldüğü bildirilmiştir (Özkan, 1993; Cöngel, 1996; Taşkapan ve diğ. 2005; Özcan ve diğ., 2000; Yılmaz, 2014).

Anksiyete

Anksiyete *“yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici endişe ve korku duygusunu”* ifade eder (Dadalı, 2009: 13). Bu durum hastalar tarafından genellikle *“kötü bir şey olacaktı hissi”* ve *“nedensiz bir korku”* ifadeleriyle tanımlanır (Yavuz, Yavuz ve Altunoğlu, 2012: 35).

Anksiyete bozuklukları kronik tıbbi hastalıklar ile güçlü bir ilişki içindedir; bedensel sağlık ve yaşam kalitesi arttıkça kaygı azalmakta, fiziksel yeti yitimi ile doğru orantılı biçimde ise artmaktadır (akt: Yılmaz Girgin, 2014: 28). Birçok araştırma diyaliz hastalarında anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermiştir (Wright ve diğ., 1996; Kalman ve diğ., 1993; akt: Cimilli, 1994: 90). Arkonaç ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada KBY hastalarında anksiyete bozukluğu sıklığı %25 olarak bildirmiştir. Özatalay (1990)’ ın hemodiyaliz hastalarındaki anksiyeteye ilişkin çalışmasında hastalığın günlük yaşantıyı, evlilik ilişkisini ve aile bireyleriyle ilişkiyi olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Kronik tıbbi bir hastalık tanısı almak pek çok birey için tehdit edici bir durum olarak algılanmakta ve hastalığa bağlı oluşan değişimler bireyin psikolojik sorunlar ve uyum problemi yaşamasına yol açmaktadır. Her bireyin hastalığa verdiği tepki farklıdır. Hastalığa verilen tepkiler; bireysel özelliklere, hastalığın şiddetine, süresine, etkilediği organ ve dokuya, hastanın ve sosyal çevresinin hastalığa yüklediği anlama, sosyal destek durumuna ve hastalık hakkında sahip olunan bilgiye göre değişiklik göstermektedir (Kaçmaz, 2003: 16).

KBY hastaları diyalize bağlı olarak; fiziksel, sosyal ve ekonomik kayıplar yaşarlar. Bu kayıplar hastalarda, çeşitli uyum bozukluklarına yol açmaktadır. Bu bozukluklar her hastaya göre değişmekle birlikte bazı ortak psikolojik örüntülerden kaynaklanmaktadır.

Yapılan araştırmalarda diyaliz hastalarında en çok görülen uyum sorunlarının; “tedaviyi reddetme, diyet uyumsuzlukları ve hastalık inkarı” olduğu bildirilmiştir (Yavuz, Yavuz ve Altunoğlu, 2012: 36).

Küçük, (2006: 14) belirttiğine göre *“İnkar, uyum güçlüğü yaşayan hastalarda en sık görülen savunma mekanizmalarındandır. Bu durum genellikle hastanın makineye bağlı olma, otonomisini kaybetme, hastalığın kronikleşmesi gibi nedenlerle yaşadığı kaygı, öfke ve isyanın neden olduğu, mutsuzluk duygularıyla ilişkilidir. Bazı hastaların hastalığını inkar etmesi tedaviyi de reddetmesine neden olmaktadır”*.

1.2.4. Cinsel Alanda Görülen Sorunlar

Hemodiyaliz hastalarında, fiziksel ve psikososyal faktörlerin etkileşimiyle birlikte cinsel işlev bozuklukları yaygın olarak görülmektedir. Endokrin değişiklikleri, kullanılan çeşitli ilaçlar, depresyon (Şahin ve Ertekin, 2009), aile içi sosyal rollerdeki değişimler ve psikososyal faktörler cinsel işlevi bozmaktadır (Mutlu, 2007:14). Erkek hastalarda libidoda azalma, infertilite, ereksiyon ve ejakülasyon sorunu sıklıkla görülmektedir. Kadın hastalarda ise libido azalması, menstralsiklus bozuklukları, vajinal lubrikasyonda yetersizlik, orgazm bozukluğu, vajinismus, disparanoya ve infertilite sorunları görülmektedir (Göriş ve Bilgi, 2015: 70).

1.2.5. KBY Hastaların Ailelerinin Karşılaştığı Sorunlar

Kişinin karşılaştığı hastalık ne olursa olsun, hastalık yalnızca bireyi etkilemez. Aynı zamanda aileyi ve toplumu da etkiler. Özellikle kronik hastalıklarda aile ilişkileri, işlevleri, aile içi roller keskin bir biçimde değişmektedir. Hastalığın ne olduğu, seyri, hangi aile üyesinin hasta olduğu, ailenin ekonomik, sosyal durumu, sahip olduğu sosyal destek sistemlerine göre kronik hastalıktan etkilenme şiddeti farklılaşmaktadır. KBY’de aileyi etkileyen önemli bir yaşam krizidir.

21. yüzyılda teknolojinin ve sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle insanın yaşam süresinde artış görülmekle birlikte kronik hastalıklarla geçen yaşam süresinin de arttığı görülmektedir. KBY’nde de tedaviler hastanın yaşamda kalma zamanını arttırmıştır. Bu durum her ne kadar olumlu olsa da kronik hastalıkla geçen sürenin artması anlamına gelmektedir. Bu ise, hasta bireyin ve ailenin stres faktörleriyle daha uzun süre karşı karşıya kalmasına ve hastalığın ilerlemesine uyum sağlamak zorunda olmasına yol açmaktadır (Aydemir ve diğ., 2002: 1).

Fortier ve Wanlass (1984; akt:Zengin, 2015: 12) hastalığa bağlı olarak meydana gelen bir krizin aileyi üç düzeyde etkileyebileceğini ifade etmiştir.

“1) Davranışsal düzeyde;

- Acil bakım gereksiniminin karşılanması,
- Tedaviye erişimin düzenlenmesi,
- Zaman konusunda ayarlamaların yapılması
- Yeni oluşan ekonomik sorunlar karşısında zorluklar yaşanabilmektedir.

2) Duygusal düzeyde;

- Üzüntü, öfke, suçluluk ve soyutlanma gibi duygular yaşayabilirler.
- Kriz döneminde karşılaşılan stresle baş edilemediğinde, bireylerde somatik semptomlar görülebilir.

3) Kişilerarası ilişkiler düzeyinde; aile damgalanma, çevreden soyutlanma duygusu ile baş etmek zorunda kalabilir.

KBY hastalığının tedavisinde en sık kullanılan ve hastaların daha uzun yaşamalarına yardımcı olan diyaliz tedavisi, hasta ve çevresindekiler için biyopsikososyal zorlanmalara yol açmaktadır. Bu zorluklar hastanın yaşına, cinsiyetine ve ailedeki rolüne göre farklılık göstermektedir. Örneğin, çalışan bir kişi ise işten ayrılmasına, bir anne ise çocuğunun ilgi ve bakım gereksiniminin aksamasına, bir eş ise cinsel sorunlar yaşamasına, bir çocuk ise oyun ortamından uzak kalmasına, bir öğrenci ise eğitim sürecinin aksamasına ve genel olarak aile üyeleri için rol değişikliklerine neden olmaktadır. Özellikle, diyaliz tedavisi gören hastayla daha yakından ilgilenen aile üyesi bir anlamda diyaliz partneri sayılmakta, diyalizle ilgili tüm sorunlarla uğraşmaktadır. Diyaliz sürecinden hasta kadar etkilenen bu aile üyesinin hem ruh sağlığı hem de yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir(Aydemir ve diğ., 2002).

1.3. Tıbbi Sosyal Hizmet

Toplumsal gelişme ve değişme ile birlikte bireylerin sorunları/ihtiyaçlarında da farklılaşmalar görülmektedir. Bu gelişmeye ve değişime bağlı olarak insana yardım mesleği olarak sosyal hizmet mesleğinin uygulama alanlarında da çeşitliliğin meydana geldiği görülmektedir.

Sosyal hizmet bilim ve mesleğinin önemli ve eski bir alanı olan tıbbi sosyal hizmet kavramı literatürde çeşitli ifadelerle tanımlanmaktadır. Bu tanımlamalardan bazıları şu şekildedir:

Barker (2003) Sosyal Hizmet Sözlüğü'nde tıbbi sosyal hizmeti, *“sağlık kuruluşlarında hasta ve ailelerinin hastalık kaynaklı psikososyal sorunlarını çözmeyi amaçlayan sosyal hizmet uygulamasıdır.”* şeklinde tanımlamıştır.

Özbesler, (2013: 4) ise tıbbi sosyal hizmeti; *“tedavi için sağlık kurumlarına başvuran bireylerin hastalık öncesi ve sonrasında yaşamında önemli rol oynayan psiko-sosyal ve ekonomik faktörlerin değerlendirilmesi, olası risklerin, gereksinimlerin ve destek kaynaklarının belirlenerek hastanın optimum sosyal işlevselliğinin yeniden*

kazandırılmasında profesyonel bir sosyal hizmet uzmanı tarafından planlı mesleki müdahaleleri içeren önemli bir alandır.”

Sağlık Bakanlığınca 2011 yılında yayınlanan Tıbbi Sosyal Hizmet Yönergesi’ne göre ise tıbbi sosyal hizmet; *“ayakta ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresiyle ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psikososyal ve sosyoekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamalarıdır.”*biçiminde tanımlanmaktadır.

Yukarıda verilen tıbbi sosyal hizmet tanımlarına dayanarak tıbbi sosyal hizmet; sağlık kurumlarında tedavi gören bireylerin tıbbi bakımlarının yanı sıra multidisipliner ekip çalışması anlayışıyla bireylerin; tedavi sürecinde ve sonrasında karşılaşılabilecekleri riskleri önlemeyi, psikososyal ve sosyoekonomik sorunlarını çözmeyi ve iyilik hallerini artırmayı amaçlayan ve bireyi çevresi içinde değerlendiren bir sosyal hizmet alanıdır.

2000’li yıllardan itibaren sosyal hizmet uzmanları tıbbi alanda diyaliz, gerontoloji, organ nakli ve transplantasyon, fizik tedavi ve rehabilitasyon, sosyal pediatri, çocuk koruma birimi, onkoloji ve palyatif bakım gibi çeşitli uygulama alanlarında görev yapmaktadırlar (Özbesler, 2013).

KBY hastaları ve yakınları ile yapılan çalışmalar da tıbbi sosyal hizmetin uygulama alanına girmektedir.

1.3.1. KBY Hastaları ve Hasta Yakınlarıyla Sosyal Hizmet

Tıbbi alanda çalışırken pek çok mesleki rolü yerine getiren sosyal hizmet uzmanı, *“hasta ve ailesinin tıbbi tedavi ekibi ile iletişimini kolaylaştırır. Tedavi ilkelerine ve kurallarına uygun biçimde bilgilenmelerine sağlar, yeri geldiğinde hasta ve ailesinin savunuculuğunu yapar. Hasta ve ailesinin hastalıkla birlikte gelen yeni yaşam durumlarını ve psiko-sosyal etkilerini değerlendirir, mesleki çalışmalarla hasta ve ailesine sorunlarla etkili biçimde baş edebilmeleri için güçlenmelerine yardımcı olur. Tüm bu çalışmaları yürütürken hastanın her bir sorununun çözümlenmesini hedefler ve vaka yöneticisi rolü ile ele alır”*

(Ashman, 1999; Bentley, 2002; Snow, Warner ve Zilberfein, 2008; akt: Özbesler ve İçağasıoğlu Çoban: 2010 34).

Çalışmanın önceki bölümlerinde de belirtildiği gibi KBY, kişinin yaşam kalitesini, psikososyal işlevselliğini, iş ve okul yaşantısını, aile içi dinamiklerini ve çevreyle olan ilişkilerini olumsuz yönde etkileyen çok yönlü bir sağlık sorunudur. Bu nedenle bu sorunların çok boyutlu bir biçimde ele alınması, değerlendirilmesi ve çoklu düzeyde müdahale edilmesi gereklidir (Mutlu ve Duyan 2012).

Bu müdahalenin önemli bir boyutunu KBY hastalarının tedavi gördüğü tıbbi kurumlarda yürütülen tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri oluşturmaktadır. Zengin (2015)'in de belirttiği gibi tıbbi tedavi kurumlarında KBY ve aileleri ile yürütülen bu sosyal hizmet uygulamaları “nefrolojik sosyal hizmet” olarak ifade edilmektedir.

Zengin (2016: 5)'e göre nefrolojik sosyal hizmet; *“sağlık kuruluşlarının diyaliz ünitesinden sağlık hizmeti almakta olan hastaların, sunulan sağlık hizmetlerine ulaşmada ya da tedavi sürecinde karşılaştıkları psikososyal ve ekonomik sorunların çözümüne yönelik uygulamaları, profesyonel, planlı ve mikro, mezzo ve makro düzeydeki müdahaleleri içeren, ekip çalışması içerisinde hastayı bütüncül bir bakış açısıyla ele alan bir sosyal hizmet alanıdır.”*

Bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları hastanın ve ailesinin tedaviye uyumunu kolaylaştırmak, karmaşık tıbbi prosedürleri hasta ve ailesi için daha anlaşılır hale getirmek için sağlık personeli ile iletişim kurmak, bu açıdan multidisipliner ekip çalışmasının parçası olmak, hastalığın birey ve ailesi üzerindeki olumsuz etkilerin azaltılmasında bireyi ve aileyi güçlendirmek, sağlık ve diğer hizmetlere erişimde yardımcı olmak, aile işlevlerinin düzenlenmesinde bireye ve aileye danışmanlık vermek, birey ve aile adına savunuculuk yapmak gibi mikro, mezzo ve makro boyutta pek çok işlevi yerine getirmelidir (Nefrolojik Sosyal Hizmet Uzmanları Kurulu-CNSW, 2003: 8; akt; Zengin, 2016: 27).

Özetle, KBY şiddetine ve türüne bağlı olarak farklılaşmakla birlikte uzun süren, bireyi, ailesini, yakın çevresini etkileyen hemen her kronik hastalıkta olduğu gibi bireyin fiziksel, psikososyal açıdan yaşam kalitesini bozan bir hastalıktır. Tedavisi ise uzun sürmektedir kimi durumlarda nakil bile tam bir tedavi sağlayamamaktadır. Bu nedenle belirsizliklerle

dolu olan ve bireyi sağlık kurumlarına bağımlı kılan bir süreci bulunmaktadır. tüm bu olumsuzluklar bireyi ve ailesini ekonomik, sosyal açıdan olumsuz etkilemekte ve zorlamaktadır. Zor yaşam durumlarındaki bireylere ve ailelerine bu durumlarla baş etmeleri için destek olmayı amaçlayan sosyal hizmet mesleğinin bu alanda yapması gereken pek çok rol ve işlevi bulunmaktadır. Bireyin ve ailenin hastalığa uyumunu kolaylaştırmak, tedavi ekibi ile ilişkileri düzenlemek, gerekiyorsa ekonomik destek sağlamak, günlük yaşamın düzenlenmesi ve aile içi ilişki ve işlevlerin düzenlenmesi için danışmanlık vermek bu işlevlerden en önemlileri olarak karımıza çıkmaktadır. Bireyin ve ailesinin ihtiyaç duydukları hizmetlere erişimlerinin hak temelli olmasının sağlanması ve ihtiyaç duyulan hizmetlerin (eğer yoksa) oluşturulması için çalışılması da bu alandaki sosyal hizmet uzmanlarının diğler sorumlulukları arasında yer almaktadır.

KBY bireyin ve ailenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Bu nedenle çalışmanın sonraki bölümünde yaşam kalitesi kavramı üzerinde durulacaktır.

1.4. Yaşam Kalitesi

Farklı perspektiflerden bakılarak ele alınan yaşam kalitesi kavramının literatürde kesin kabul gören bir tanımı bulunmamaktadır. *“Yaşam kalitesi kavramı sağlık alanında, “sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi”, psikososyal alanda “iyi olma”, sosyoloji alanında “refah” ve sosyo-ekonomik çalışmalarda da “gelişme” kavramlarına karşılık gelecek biçimde kullanılmaktadır. Bir başka ifadeyle, kavramın ilgi odağı, disiplinlere göre farklılık göstermektedir”* (Malhan, 2003; akt: İçağasioğlu Çoban, 2007: 13). 1970’li yıllardan sonra sağlık alanında üzerinde durulan bir kavram olduğu bildirilmektedir (Perim, 2007).

Yaşam kalitesinin ölçülmesinde ekonomik, sosyal, psikolojik, sağlık gibi farklı göstergeler kullanılmaktadır. Bu çalışmanın konusu açısından sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde durulacaktır.

1.4.1. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

Yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalıkların görülme yaygınlığı da artmıştır. Bu nedenle, kronik hastalıklarda bireyin hastalığı ile birlikte yaşamdan doyum sağlanması

amacına yönelik olarak yaşam kalitesi kavramı tartışılmaya başlanmıştır (Yurtsever ve Bedük, 2003: 3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün 1948'de, sağlığı *“yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali”* olarak tanımlamasından sonra, *sağlıkla ilişkili iyilik halinin ölçülebilmesi için, yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek önemli hale gelmiş ve sağlık kavramının multidisipliner yaklaşım ile ele alınmasına öncülük etmiştir*” (Avcı ve Pala, 2004: 81). Başka bir deyişle, sağlık kavramını tek boyutta açıklamak yerine, tüm bileşenlerini göz önünde bulundurarak açıklamak kavramın anlaşılması için daha işlevsel olabilir.

Yaşam kalitesinin bir bölümünü oluşturan sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı *“kişinin içinde bulunduğu sağlık durumundan memnuniyet durumunu ve sağlık durumuna verdiği emosyonel cevabı da içeren”* bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Küçükdeveci, 2005: 24).

Başka bir ifadeyle, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade eder. *“Fiziksel alan, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Mental alanda depresyon, anksiyete, kızgınlık, korku, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumlar yer almaktadır”* (Uçmak ve diğ., 2007: 6). *“Sosyal alan içinde ise kişinin içinde bulunduğu toplumun, ailenin iş yaşamının, arkadaşlıkların hastalık süresince ne düzeyde etkilendiği, sosyal ilişkilerin hastalığın seyrine olan etkisi konularını kapsamaktadır”*(Özalp, 2010).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin belirlenmesinde, *“hastanın sağlık durumu, kişisel ve sosyokültürel özelliklerinin yansıması olan istek ve beklentileri, sağlık durumu nedeniyle bu istek ve beklentileri gerçekleştirme yeteneğindeki kısıtlanmalar ve hastanın bu kısıtlanmalar karşısındaki tepkisi ve emosyonel durumu rol oynamaktadır”* (Küçükdeveci, 2005: 24).

Sonuç olarak, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı; *“çok boyutludur, dinamiktir ve bireylerin algılayışıyla, beklentileriyle ve yaşantılarıyla ilişkili olarak değişim gösterebilir”* (Avcı ve Pala, 2004: 81).

1.4.2. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi

1960’larda diyaliz uygulamalarının yetersiz olması nedeniyle KBY hastalığı ölümcül bir hastalık iken sonraki yıllarda diyaliz merkezlerinin artması ve uygulamanın yaygınlaşmasıyla hastaların yaşam süreleri uzamıştır. Toplumsal gelişmeler ve sağlık algısının değişmesiyle birlikte, günümüzde diyaliz tedavisinin yalnızca yaşam süresini uzatmak amacıyla değil, aynı zamanda yaşam kalitesini yükseltmek bakış açısıyla uygulanması gerektiği görüşü ağırlık kazanmıştır (Kaymak, 2012: 11).

Haftanın birkaç günü düzenli olarak hemodiyalize giren hastalar, *“hastalığın semptomları ile uğraşmak, belirli bir diyeti sürdürmek, beden imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak, kişisel, toplumsal ve mesleki amaçlarını yeniden gözden geçirmek durumunda olduklarından, hemodiyaliz bireylerin sosyal, ekonomik, psikolojik, özetle yaşamın tüm alanlarını ve yaşam kalitesini etkilemektedir.”* (Turgay ve Özkan, 1992; akt: Acaray ve Pinar, 2004: 1). Hemodiyaliz hastalarında diğer kronik hastalıklardan farklı olarak tedavide damar ulaşım yoluna gereksinim duyulması ve bu yolun zarar görme olasılığı önemli bir stresördür. Bunun yanı sıra diyalizde uygulanan invazif işlemler, böbrek yetmezliğine eşlik eden diğer hastalıklar, ilaçların yan etkileri, makineye ve sağlık personeline bağımlı olma, geleceğe yönelik belirsizlik, aile bireylerinin rol ve sorumluluklarında değişiklikler kronik hastalığın yükünü artırmakta ve bu süreçte karşılaşılan stresörler bireyin ve yakın çevresinin yaşam kalitesini azaltmaktadır (Akt: Kara, 2012: 633).

Yapılan çalışmalarda son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda genel olarak yaşam kalitesinin düşük olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da sonuçlar benzer şekildedir (Beşer ve diğ., 2010; Acaray ve Pinar, 2004; Kara, 2012).

KBY gibi kronik hastalıkla mücadele eden bireylerde hastalığa uyum sağlama, hastalığın yarattığı olumsuz fiziksel ve duygusal sorunlarla başedebilmede psikolojik dayanıklılığın önemli olduğu söylenebilir. Çalışmanın sonraki bölümünde psikolojik dayanıklılık konusu üzerinde durulacaktır.

1.5. Psikolojik Dayanıklılık (Yılmazlık)

İngilizce karşılığı “resilince” olan psikolojik dayanıklılık kavramının Türkçede farklı biçimlerde kullanıldığı görülmektedir. “Resilience” kelimesi literatürde “yılmazlık”(Öğülmüş, 2001; Gürkan, 2006; Ünüvar, 2012), “psikolojik sağlamlık” (Gizir, 2004, Kararımak, 2007), “psikolojik dayanıklılık” (Basım ve Çetin, 2011; Kabakaş, 2016) ve “kendini toparlama gücü”(Terzi, 2005, Malak, 2011) olarak kullanılmıştır. Bu çalışmada “resilience” sözcüğünün karşılığı “psikolojik dayanıklılık” ve “resilient” sözcüğünün karşılığı da “yılmaz kişi” olarak kullanılacaktır.

Zorlayıcı ve tehdit edici yaşam olayları karşısında gösterilen bir tür psikolojik tepki olan psikolojik dayanıklılık, pozitif psikolojiyle ilgili ve insanların güçlü yönlerine vurgu yapan bir kavramdır (Kararımak, 2007). Psikolojik dayanıklılık kavramının temelinde esneklik vardır. Bu esneklik sayesinde bireyler karşılaştıkları zor durumlar karşısında görece daha kısa sürede kendilerini toplarlar (Terzi, 2005).

Literatürde psikolojik dayanıklılık kavramını tanımlayan pek çok ifade bulunmaktadır. Masten ve diğerleri (1990); akt: Gürkan (2006) psikolojik dayanıklılığı, “*zorlayıcı ve tehdit edici koşullara rağmen başarılı bir uyum sağlama yeteneğine sahip olmak, bu süreçte gayret göstermek ve sonuçta da başarılı olmaktır.*” şeklinde ifade etmiştir. Öğülmüş (2001) psikolojik dayanıklılığı, “*olumsuzluklara rağmen başarmayı sağlayan kişisel nitelikleri içeren bir kavram*” olarak tanımlamıştır. Bir başka ifadeyle ise psikolojik dayanıklılık, “*olumlu baş etmenin sonuçları olan uyum (adaptation) ve yeterlik (competence) gibi olumlu gelişme, geleceğe yönelme ve umut ile ilgilidir*” şeklinde tanımlanmıştır(Murphy, 1987, akt. Gürkan, 2006).

Yukarıdaki tanımlarda görüldüğü üzere çeşitli ifadelerle tanımlanmış olan psikolojik dayanıklılık kavramının evrensel çapta kabul edilmiş bir tanımı olmasa da içerik yönünden benzer özelliklere vurgu yapılmıştır. Bu özellikler; psikolojik dayanıklılığın “*dinamik bir süreç olduğu, zorlu yaşam olayları karşısında, risk altındayken etkin olarak baş etme ve sağlıklı bir şekilde uyum gösterme süreçlerini içerdiği*dir”(Gizir, 2005: 115).

Bir bireyin yılmaz özellikler gösterebilmesi için bir risk durumuyla karşılaşması ve bu riski azaltacak koruyucu faktörleri işlevsel şekilde kullanabilmesi gerekmektedir(Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009).

1.5.1. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler

Yapılan araştırmalarda psikolojik dayanıklılığı etkilediği düşünülen üç temel faktör vardır: bunlar risk faktörleri, koruyucu faktörler ve uyum/olumlu sonuçlardır(Tümlü, 2012: 12).

Risk Faktörleri

Risk faktörleri, olumsuz bir durumun ortaya çıkma olasılığını artırabilen veya var olan bir problemin sürmesine neden olan (Kirby ve Fraser, 1997) kişileri olumsuz yönde etkileyen bireysel ve çevresel (Masten ve Reed, 2002, akt; Kumbasar, 2014: 26) etmenlerdir Grotberg (1995)'e göre “*insan yaşamında savaşlar, yoksulluk, doğal felaketler gibi zorluklar/risk içeren durumlarla karşılaşılabilceği gibi boşanma, hastalık, engel durumu, iş kaybı gibi günlük yaşamda olabilecek zorluklarla da karşılaşılabilir*” (akt; Tosun, 2014: 26).

Risk faktörleri; bireysel faktörler, ailesel faktörler ve toplumsal faktörler olarak üç boyutlu yapıda ele alınmıştır(Rutter, 2006; Luthar ve Zigler, 1992; Flaherty, 1992; Coloman ve Hagell, 2007: akt. Ülker Tümlü, 2012: 13-14).

“Bireysel faktörler: Kaygılı bir mizaç, düşük zeka düzeyi, prematüre doğum, kronik hastalıklar/hastaneye yatırılma, erken yaşta anne olma, okul başarısızlığı, düşük benlik saygısı, bireyin kendine güveninin az olması, etkili başa çıkma mekanizmalarını kullanamaması, bireyin kendini kontrol etme yeteneğinin az olması, kendini etkili bir biçimde ifade edememesi, agresif kişilik yapısına sahip olunması.”

“Ailesel faktörler: Ailevi hastalıklar, krizler, sert ya da tutarsız disiplin anlayışı, boşanma, ayrı yaşama veya tek ebeveyne sahip olma, aile içinde sağlıklı ilişkilerin kurulamaması, aile içi şiddet, ihmal ve istismar”.

*“Toplumsal faktörler: Düşük sosyoekonomik düzey, evin, okulun ve diğer hizmetlerin niteliksizliği, toplumsal rol modellerinin eksikliği, suç oranı, madde kullanımı.”*olarak belirtilmektedir.

Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler, risk altında olmanın olumsuz etkilerini azaltmaya hizmet eden ve bireyin gelişimsel ihtiyaçlarını karşılamasına yardımcı olan değişkenleri ifade etmektedir (Mangham ve diğ., 1998; akt: Terzi, 2005: 9). Koruyucu faktörlerin varlığı, *“bir taraftan problem ortaya çıkmadan önce önlemeyi ve bir problem davranışın oluşumunu azaltmayı sağlarken; diğer taraftan var olan sorunun etkisini azaltarak bireyin duygusal ve fiziksel iyilik halini artıracak davranışları, tutumları ve bilgileri güçlendirmesine yardımcı olarak zorluklar karşısında ayakta kalmasını sağlamaktadır”*(Romano ve Hage, 2000; akt; Terzi, 2005: 10).

Risk faktörlerine karşı bireyin direnç gücünü arttıran koşulları ifade eden koruyucu faktörler, *“sağlıklı bir bedene ve fiziksel gelişime sahip olmayı, sağlıklı işleyen bir aile sistemini, özel yeteneklerin farkındalığını ve gelişimi, kişilerarası iyi ilişkiler kurabilmeyi, gelecekle ilgi umutlu olmayı, okul ve toplumda çeşitli aktivitelere katılımı, yakın arkadaşların varlığını ve bağlı olmayı içermektedir”*(Rutter, 1987; akt: Sezgin, 2016: 15).

Uyum / Olumlu Sonuçlar

Psikolojik dayanıklılık ile ilgili araştırmalarda sıklıkla çalışılan olumlu sonuç değişkenleri; *“akademik başarı, olumlu davranış örüntüleri, kabul görme ve yakın arkadaşlık ilişkileri kurmak, psikososyal uyum bileşenlerinin varlığı, psikopatolojinin olmaması gibi değişkenlerdir”* (Gizir, 2005: 116-117).

1.5.2. Ailede Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık sadece bireysel değil aynı zamanda ailesel ve toplumsal düzeyde de ortaya çıkan bir özelliktir. Başka bir deyişle, bireysel psikolojik dayanıklılığın yanı sıra okul, aile, akran grupları, toplum gibi bireylerin parçası oldukları daha geniş sosyal

sistemlerin de psikolojik dayanıklılığı ele alınmaktadır (Greene ve Livingston, 2002; akt: Bayraklı, 2010: 26).

Ailede psikolojik dayanıklılık, “*aşılması güç veya tehlike durumuyla karşı karşıya kalan ailenin bu durumdan başarı ile çıkma ve tehlike öncesindeki hayatına geri dönmesi*” şeklinde tanımlanmaktadır (Patterson, 2002: 237). McCubbin ve McCubbin’e (1988; akt: Bayraklı, 2010:29-30) göre ise ailede psikolojik dayanıklılık, “*ailenin stresli durumlarla başa çıkabilme ve ailede dengeyi yeniden sağlayabilme becerisi*” olarak tanımlanmıştır.

Bireysel psikolojik dayanıklılıkta olduğu gibi ailede psikolojik dayanıklılık temelini de zorlayıcı ve tehdit edici olaylar karşısında mücadele etme, esnek olma, üstesinden gelme, uyum sağlama ve sonuçta da başarılı olma özelliklerinin oluşturduğu söylenebilir. Ailedeki psikolojik dayanıklılık, aile üyelerinin bireysel psikolojik dayanıklılık toplamından daha fazlasını ifade etmektedir (Boss, 2006).

Ailenin dayanıklı özellikler göstermesini sağlayan faktörler McCubbin, McCubbin, Thompson, Han ve Allen (1997) tarafından üç başlık altında toplanmıştır (akt: Bayraklı, 2010:29-30).

1.Ailedeki koruyucu faktörler: Risk ve kriz durumu karşısında ailenin güçlü ve sağlam kalmasını sağlar.

2.Ailedeki iyileşme faktörleri: Ailedeki koruyucu faktörler ile birlikte zorlu durumlar karşısında ailenin işlevlerinde meydana gelen bozulmaların etkisini azaltarak önceki işlevsel durumuna dönmeyi sağlar.

3.Ailedeki genel psikolojik dayanıklılık faktörleri: Ailenin risk faktörlerine karşı güçlü olmasını ve kriz durumu karşısında uyumlu olmayı sağlar.

1.5.3. Sağlıkla İlişkili Dayanıklılık

Kronik hastalıklar bireyleri çoğunlukla fiziksel, duygusal ve psikososyal yönlerden etkileyen, strese yol açan ve yaşam boyu takip, tedavi gerektiren durumlardır. Her birey bu süreçten farklı düzeylerde etkilenmektedir. Bazı bireyler sorunlar karşısında esnek

özellikler göstererek başarılı bir şekilde uyum ve başetme gösterirken bazıları için zorluklar ve engellerle başetmek çok zorlu bir süreçtir.

Sağlıkla ilişkili dayanıklılık, mevcut veya muhtemel sağlık sorunlarını kontrol, sorumlulukları yerine getirme ve mücadele etme yolu ile uyum sağlama özellikleri olarak tanımlanmaktadır (Pollock, 1989).

Kontrol: Sağlık stresörlerini içsel kontrol odağı yoluyla değerlendirmede, yorumlamada ve karşılık vermede gerekli kaynakların kullanımınıdır.

Sorumlulukları yerine getirme: Sağlık stresörleriyle baş etmeye yönelik uygun aktiviteler yapmayı içerir.

Mücadele: Değişimi gelişim için bir fırsat olarak görme ve sağlık stresörlerini faydalı bir potansiyel olarak yeniden değerlendirmedir (Boytel, 1996: 4).

Brooks (2003), 1966-2002 yılları arasında yayınlanan 125 makaleyi incelemiş ve sağlıkla ilgili dayanıklılık ile kronik hastalık arasındaki ilişkinin psikolojik, sosyolojik ve fizyolojik uyumla ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Kabakaş'ın (2016) hemodiyaliz hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmada, bireylerin yaşlarının arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeylerinin de arttığı, bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri arttıkça mutluluk düzeylerinin de yükseldiği ve kaçınma düzeylerinin azaldığı sonuçları elde edilmiştir.

1.6. Araştırmanın Problemi

KBY böbrek işlevinin ilerleyici şekilde, geri dönüşü olmaksızın kaybedilmesidir. Günümüzde KBY tedavisi hemodiyaliz, periton diyalizi ve transplantasyon ile sağlanmaktadır. En sık kullanılan tedavi yöntemi olarak diyaliz, bireyleri ölümden kurtarsa da bireyin hayatında fiziksel yönden kısıtlamalar ve psikososyal sorunlar gibi değişimleri beraberinde getirmektedir.

KBY bireylerin ve ailelerinin hatta toplumun sosyal, ekonomik ve psikolojik açıdan olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Bireyler hastalık tanısı almakla birlikte kriz süreci olarak nitelendirilen karmaşık bir sürece girerler. Bu süreçte bireyler bedenleri için önemli bir işleve sahip olan organın kaybıyla yüzleşirler, şok, şaşkınlık, inkar, öfke, kızgınlık, üzüntü gibi çeşitli duyguları yaşarlar. Bireylerin yaşadıkları bu kriz sürecini anlamlandırma şekilleri ve bununla baş etmek için kullandıkları yöntemler her birey için farklılık gösterir. Bazı bireyler bu süreçteki duygusal ve sosyal zorlanmalarla başa çıkamaz ve psikiyatrik ve sosyal sorunlar yaşarlar. Bazıları ise kişilik özellikleri, sosyal destek sistemleri, ekonomik destek gibi etkenlerin etkisiyle daha güçlüdürler ve hastalığa uyumları daha kolaydır. KBY hastalığına sahip hemodiyaliz tedavisi alan hastada ve ailesinde rol kayıpları, uyum güçlükleri, psikososyal sorunlar, ekonomik zorluklar görülebilmektedir. Bu sorunlar aile içi dengelerin değişmesine ve aile işlevlerinin bozulmasına yol açmaktadır. Bu zorlu süreçte aileler çoğu zaman stres ve kriz durumu karşısında dağılma, bozulma yaşarken, bazı aileler ise yılmaz özellikler göstermektedir.

Bu açıdan bakıldığında KBY hastalarının yaşam kalitelerinin yükseltilmesi önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal hizmet mesleğinin temel amaçlarından biri de yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Bu nedenle psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesi, yaşam kalitesinin nasıl yükseltilebileceğine ilişkin önlemleri hakkında da bilgi verebilecektir. Bu açıdan bu araştırmanın problemi KBY hastalığı olan bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının yaşam kalitelerinin üzerindeki etkisinin belirlenmesidir.

1.7. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, KBY hastalığı nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin, bireylerin yaşam kaliteleri üzerindeki etkisinin ortaya konmasıdır.

Bu ana amaç çerçevesinde aşağıdaki alt amaçlar aşağıda belirlenmiştir:

- KBY nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin sosyo demografik özellikleri nasıldır?

- KBY nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin yaşam kaliteleri puan ortalamaları nedir?
- KBY nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları nedir?
- KBY nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının yaşam kalitelerine etkisi nedir?
- KBY nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, hemodiyaliz tedavisi görme süresi) ile bireylerin yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- KBY nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, hemodiyaliz tedavisi görme süresi) ile bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.8. Araştırmanın Önemi

Ülkemizde oldukça yaygın olan KBY hastalığı sıklıkla diyaliz yöntemi ile tedavi edilmeye çalışılan ve kötüye gitme olasılığı olan ciddi bir hastalıktır. Bu hastalıkla yaşamak insanlar için psikososyal yönden zorlayıcı olmakta ve bu zor koşullarla baş edebilmek için insanların daha dayanıklı, yılmaz ve güçlü olmaları gerekmektedir.

Ülkemizde psikolojik dayanıklılık (yılmazlık) yeni bir araştırma alanı olması nedeniyle, durum belirlemeye yönelik sınırlı sayıda araştırma yapılmıştır. Bu araştırmanın KBY olup, hemodiyaliz tedavisi gören hastaların psikolojik dayanıklılık (yılmazlık) düzeylerinin yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini ortaya koyması, alanda yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çeşitli yönlerden zorlayıcı bir süreç içinde yer alan hemodiyaliz hastalarının bu süreçte nasıl baş ettiklerini ve güçlü kaldıklarını anlamak, diğer kronik hastalığa sahip bireylere ve yönelik yapılacak önleyici ve geliştirici çalışmalara ön ayak olacaktır.

Araştırma sonucu elde edilen bulguların, hastaların diyaliz tedavisi sürecinde sosyal hizmet uzmanlarına, psikologlara, hemşirelere, hekimlere ve bu alanda çalışan diğer personele yardımcı olacağı düşünülmektedir.

1.9. Sayıtlar

Araştırmaya katılan hastaların araştırmada kullanılan ölçekleri içtenlikle cevapladıkları varsayılmaktadır.

1.10. Sınırlılıklar

-Bu araştırma, Hatay'ın İskenderun ilçesinde yer alan diyaliz merkezlerinde tedavi gören 18 yaş üstü hemodiyaliz hastaları ile sınırlıdır.

-Araştırmacı tarafından oluşturulan soru kağıdı, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinden elde edilen veriler ile sınırlıdır.

1.11. Tanımlar

Psikolojik Dayanıklılık (Yılmazlık):“Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık (Yılmazlık) Ölçeği (Resilience Scale for Adults-RSA)” ölçeğinden alınan puanlara dayanılarak belirlenen yılmazlıktır.

Yaşam Kalitesi: SF-36 Kısa Form aracılığı ile ölçülen yaşam kalitesidir.

Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hasta: Araştırma kapsamında Hatay'ın İskenderun ilçesindeki Devlet hastanesinde ve bir özel diyaliz merkezinde tedavi gören, 18 yaş üstü kronik böbrek yetmezliği olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardır.

BÖLÜM II. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma, Hatay'ın İskenderun İlçesinde diyaliz merkezlerinde KBY nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin, bireylerin yaşam kaliteleri üzerindeki etkisinin ortaya konması amacıyla yapılan ilişkisel tarama modelinde bir çalışmadır. İlişkisel tarama modelleri, İki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir. Korelasyon modelinde değişkenlerin birbiri ile olan ilişki derecesi ve yönüne bakılırken, karşılaştırma modelinde oluşturulan grupların değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı tespit edilmektedir (Karasar, 2015).

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırma evreni, Hatay'ın İskenderun ilçesindeki Devlet hastanesinde ve bir farklı özel diyaliz merkezinde tedavi gören, 18 yaş üstü kronik böbrek yetmezliği olan 101 hastadan oluşmaktadır. Bu hastalara tam sayım yolu ile ulaşılmıştır.

2.3. Kullanılan Ölçme Araçları

Araştırmada KBY olan hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından geliştirilen bir Anket Formu kullanılmıştır. Anket Formu dört bölümden oluşmuştur. İlk bölümde KBY olan hastaların “Sosyo Demografik Özelliklere İlişkin Bilgiler” ikinci bölümde “Hemodiyaliz Sürecine İlişkin Bilgiler”, üçüncü bölümde KBY olan hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesine ilişkin ölçek ve dördüncü bölümde de KBY olan hastaların psikolojik dayanıklılığının belirlenmesine ilişkin ölçek yer almıştır.

KBY olan hastaların yaşam kalitesi “SF-36 Kısa Form” aracılığı ile ölçülmüştür. SF 36, yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın ölçeklerden biridir. Ware ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçek geliştirilirken kısa ve kolay uygulanabilir

olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/ vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Ölçeğin ikinci sorusu son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içermekte, diğer sorular son dört hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin dördüncü ve beşinci sorusu evet/hayır, diğer sorular likert tipi (3, 5 ve 6'lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d maddeleri ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri 0.73-0.76 arasında bulunmuştur (Koçyiğit ve diğ., 1999).

KBY olan hastaların psikolojik dayanıklılığı ise “Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık (Yılmazlık) Ölçeği (ResilienceScalefor Adults-RSA)” ile ölçülmüştür. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Friberg ve diğerleri (2003) tarafından geliştirilmiş, Basım ve Çetin(2011) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçeğin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği sınanmış, Cronbach Alfa değeri 0,75-0,84 olarak bulunmuştur (Basım ve Çetin, 2011).

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kişisel güç, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin 3, 9, 15 ve 21. maddeleri yapısal stil, 2, 8, 14, 20, maddeleri gelecek algısı, 5, 11, 17, 23, 26 ve 32. maddeleri aile uyumu, 1, 7, 13, 19, 28 ve 31. maddeler kendilik algısı, 4, 10, 16, 22, 25 ve 29. maddeler sosyal yeterlilik, 6, 12, 18, 24, 27, 30 ve 33. maddeleri sosyal kaynaklar alt boyutlarına ilişkinir (Basım ve Çetin, 2011).

Ölçeğin puanlanmasında puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması isteniyorsa, cevap kutucuklarının soldan sağa doğru 1,2,3,4,5 olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu durumda ölçekteki; 1-3-4-8-11-13-14-15-16-23-24-25-27-31-33 numaralı sorular ters sorular olacaktır. Bu araştırmada bu anılan model kullanılmıştır.

2.4. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından KBY’li hastalarla birebir görüşme yapılarak toplanmıştır. Araştırma verilerinin toplanabilmesi için Başkent Üniversitesi Etik Kurulu’ndan ve Hatay İl Sağlık Müdürlüğü’nden resmi izin alınmıştır.

2.5. Verilerin Analizi

Çalışma verileri 101 kişiden oluşmaktadır. Analizler IBM SPSS Statistics 23 paket programı üzerinden yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler (örneğin cinsiyet) için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler (örneğin psikolojik dayanıklılık ölçek puanları) için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir.

Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları çarpıklık, basıklık katsayıları ile incelenmiş ve bu katsayıların ± 2 aralığında oldukları görülmüştür. Bu nedenle çalışmada parametrik olan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır.

İki bağımsız sayısal değişken (örneğin psikolojik dayanıklılık ölçeği puanları ile genel sağlık puanları) arasındaki ilişki Pearsonkorelasyon katsayısı ile yorumlanmıştır. İki bağımsız grup (örneğin medeni durum) arasındaki farklılıklar Bağımsız Örneklem T Testi ile incelenmiştir. İki'den fazla bağımsız grup (örneğin eğitim durumu) arasındaki farklılıklara ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile bakılmıştır. Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda farklılık çıkması durumunda ise farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey çoklu karşılaştırma testinden yararlanılmıştır. İki bağımsız kategorik değişken (örneğin cinsiyet ile tedavi ekibince önerilere uyma durumu) arasındaki ilişkiler ise Ki Kare analizi ile incelenmiştir. Ki Kare analizinde beklenen değer varsayımı sağlanamadığı durumlarda Fisher’sExact test sonuçları kullanılmıştır.

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiş ve analizler %95 güven düzeyinde tamamlanmıştır.

2.6. Süre ve Olanaklar

Bu araştırma, 2017 tarihinde başlayıp 2018 tarihinde sonlandırılmak üzere bir yıl süre içinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma için gerekli tüm giderler araştırmacı tarafından karşılanmıştır.



BÖLÜM III. BULGULAR VE YORUM

Bu araştırmada elde edilen bulgular üç ana bölümde ele alınmaktadır. *Birinci bölümde* hemodiyaliz tedavisi gören KBY'li hastaların sosyo-demografik özelliklerine ve hemodiyaliz sürecine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. *İkinci bölümde* ise araştırmaya katılan hastaların psikolojik dayanıklılık durumlarının yaşam kalitelerine olan etkilerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. *Üçüncü ve son bölümde* ise araştırma katılımcılarının, araştırmada kullanılan “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Kısa Formu”ndan aldıkları puanlara ve bu puanlarla araştırma kapsamında belirlenen (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, hemodiyaliz tedavisi görme süresi) bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilere ilişkin bulgular yer almaktadır.

3.1. Hemodiyaliz Tedavisi Gören KBY'li Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hemodiyaliz Sürecine İlişkin Bulgular

Bu bölümde hemodiyaliz tedavisi gören KBY hastalarının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, meslek durumu, hemodiyaliz tedavisi almaya başladıktan sonra iş yaşamındaki değişiklik durumu, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu ve hastaların hemodiyaliz süresince yaşadıkları sorunlara ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 1. Yaşa Göre Katılımcıların Dağılımı

Yaş	Sayı	Yüzde
40 Yaş ve Altı	18	17,8
41-50 Yaş	26	25,7
51-60 Yaş	25	24,8
61 Yaş ve Üzeri	32	31,7
Toplam	101	100,0

Çalışmaya katılanların %17,8'i 40 ve altı yaş grubunda iken %25,7'si 41-50 yaş, %24,8'i 51-60 yaş ve %31,7'si ise 61 ve üzeri yaş grubundadır. Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2017 yılı verilerine göre toplamda 77.311 hastanın hemodiyaliz tedavisi aldığı saptanmıştır. Bu hasta grubunun ise büyük çoğunluğunu (%39,3) 45-64 yaş aralığındaki hastalardan oluştuğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada çoğunluğun orta yaş ve yaşlı

hastalardan oluşması Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2017 yılı verileriyle paralellik göstermektedir.

Tablo 2. Cinsiyete Göre Katılımcıların Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Kadın	49	48,5
Erkek	52	51,5
Toplam	101	100,0

Çalışmaya katılanların %48,5'i kadın ve %51,5'i ise erkektir. Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2017 yıl sonu verilerine göre hemodiyaliz tedavisi gören tüm hastaların (77.311) %57'sinin erkek, %43'ünün kadın hasta olduğu saptanmıştır. Oranlar incelendiğinde hemodiyaliz hastalarının çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır. Bu çalışmanın bulguları ile Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2017 yılı verileri paralellik göstermektedir.

Tablo 3. Medeni Duruma Göre Katılımcıların Dağılımı

Medeni Durum	Sayı	Yüzde
Evli	81	80,2
Bekar	13	12,9
Boşanmış	6	5,9
Diğer (Vefat)	1	1,0
Toplam	101	100,0

Çalışmaya katılanların %80,2'sinin medeni durumu evli, %12,9'unun bekar, %5,9'unun boşanmış ve %1'inin ise diğerdir (vefat). Katılımcıların önemli bir çoğunluğunun evli olduğu görülmekle birlikte, yapılan diğer çalışmalara bakıldığında hemodiyaliz hastalarının büyük çoğunluğunun evli olduğu görülmektedir(Aydın, 2014).

Tablo 4. Eğitim Düzeylerine Göre Katılımcıların Dağılımı

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde
Okur Yazar Değil	19	18,8
Okur Yazar	10	9,9
İlköğretim	52	51,5
Lise	15	14,9
Üniversite	5	5,0
Toplam	101	100,0

Çalışmaya katılanların %18,8'inin eğitim düzeyi okur yazar değil iken %9,9'unun okur yazar, %51,5'inin ilköğretim, %14,9'unun lise ve %5'inin ise üniversite olduğu saptanmıştır. Araştırmada ilköğretim oranının yüksek oluşu Kabakaş'ın (2016) çalışmasındaki bulgularla benzerlik göstermektedir.

Tablo 5. Mesleklere Göre Katılımcıların Dağılımı

Meslek	Sayı	Yüzde
Memur	2	2,0
İşçi	9	8,9
Kendi Hesabına Çalışıyor	7	6,9
Ev Hanımı	43	42,6
Emekli	28	27,7
İşsiz	12	11,9
Toplam	101	100,0

Tablo incelendiğinde katılımcıların sadece %17,8' inin çalışma hayatına katıldığı, %82,2 gibi büyük bir oranın çalışma hayatından uzak olduğu görülmektedir. Hemodiyaliz hastalarının çalışma hayatına katılım oranı Mutlu'nun (2012) bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Hemodiyaliz hastalarının büyük çoğunluğunun çalışma hayatından uzak oluşunun hastalığın getirdiği kısıtlılıklardan kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 6. Hemodiyaliz Tedavisi Almaya Başladıktan Sonra İş Hayatındaki Değişikliklere Göre Katılımcıların Dağılımı

İş Hayatındaki Değişiklikler	Evet		Hayır	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Malulen emekli oldum	11	10,9	90	89,1
İşsiz kaldım	17	16,8	84	83,2
Meslek değiştirmek zorunda kaldım	0	0,0	101	100,0
Çalışma saatlerimde değişiklik oldu	5	5,0	96	95,0
Tedaviden önce çalışmıyordum	22	21,8	79	78,2
Ev hanımıyım, ev işlerini yürütmekte zorlandım	39	90,7	4	9,3
Diğer	12	11,9	89	88,1

*: Bu soruda katılımcılar birden fazla seçeneğe cevap verebilmişlerdir.

Çalışmaya katılanların hemodiyaliz tedavisi almaya başladıktan sonra iş hayatındaki değişiklikler incelendiğinde çoğunlukla %21,8'i tedaviden önce çalışmamış iken %16,8'i işsiz kalmış, %10,9'u malulen emekli olmuş ve %5'inin ise çalışma saatlerinde değişiklik olmuştur. Katılımcıların hiçbiri meslek değiştirmek zorunda kalmamıştır. Ev hanımlarının

çok büyük çoğunluğu (%90,7) ev işlerini yürütmekte zorlanmıştır. Diğer değişikliklere maruz kalanların oranı ise %11,9'dur. Oranlardan anlaşıldığı üzere hemodiyaliz tedavisi, bireylerin iş yaşamını olumsuz yönde etkilemiştir. Royer (1998) hemodiyaliz hastalarının iş yaşamında görülen değişikliğin nedenini hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin uzun süreli makineye bağlı olmaları gerektiğinden ve hemodiyaliz sonrası bireylerin fiziksel yorgunluk yaşamalarından kaynaklı olabileceğini belirtmiştir.

Tablo 7. Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı

Çocuk Sahibi Olma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	80	79,2
Hayır	21	20,8
Toplam	101	100,0

Çalışmaya katılanların %79,2 gibi büyük çoğunluğu çocuk sahibi iken, %20,8'inin çocuk sahibi olmadığı görülmektedir.

Tablo 8. Gelir Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı

Gelir Durumu	Sayı	Yüzde
Asgari Ücret	70	69,3
1605-2000	17	16,8
2001-3000	10	9,9
3001 ve Üzeri	4	4,0
Toplam	101	100,0

Çalışmaya katılanların gelir durumuna ilişkin dağılımları incelendiğinde büyük çoğunluğun (%69,3) gelir durumu asgari ücret iken %16,8'sinin 1605-2000 TL, %9,9'unun 2001-3000 TL ve %4'ünün ise 3001 TL ve üzerinde olduğu saptanmıştır. TÜRK-İŞ tarafından Ekim 2018 “açlık ve yoksulluk sınırı” çalışması verilerine göre, dört kişilik bir ailenin dengeli, sağlıklı ve yeterli beslenebilmesi için yapılması gereken gıda harcaması tutarı 1.919 TL, bir insanın başkasına muhtaç durumda kalmadan, kendi ihtiyaçlarını karşılayabilecek (kira, elektrik, su, ulaşım, eğitim, sağlık vb.) harcama tutarı ise 6251 TL olarak hesaplanmıştır (www.turkis.org.tr). Bu çalışmanın bulgularına dayanarak hemodiyaliz hastalarının çoğunluğunun hesaplanan “açlık ve yoksulluk sınırı” altında kaldığı belirgin bir şekilde görülmektedir.

Tablo 9. Sosyal Güvencelerine Göre Katılımcıların Dağılımı

Sosyal Güvence Türü	Sayı	Yüzde
SSK	38	37,6
Bağkur	18	17,8
Emekli Sandığı	14	13,9
Yeşil Kart	31	30,7
Toplam	101	100,0

Çalışmaya katılanların %37,6'sının sosyal güvencesi SSK iken %30,7'sinin Yeşil Kart, %17,8'inin Bağkur ve %13,9'unun Emekli Sandığı olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Hanede Yaşanılan Kişilere Göre Katılımcıların Dağılımı

Yaşanılan Kişiler	Sayı	Yüzde
Eşim ve Ben	29	28,7
Eşim ve Evlenmemiş Çocuklarım	41	40,6
Eşim ve Evli Çocuklarım, Torunlarım	7	6,9
Baba/Anne, Kayınvalide/Kayınpeder Gibi 1. Derece Akrabalarım	14	13,9
Yalnız Yaşıyorum	4	4,0
Diğer	6	5,9
Toplam	101	100,0

Çalışmaya katılanların %28,7'si eşi ile yaşamakta iken %40,6'sı eşi ve evlenmemiş çocuklarıyla, %6,9'u eşi ve evli çocukları/torunlarıyla, %13,9'u baba/anne-kayınvalide/kayınpeder gibi 1.derece akrabalarıyla, %4'ü yalnız ve %5,9'u ise diğer kişilerle yaşamaktadır. Tablodan da anlaşıldığı üzere katılımcıların çok büyük çoğunluğu (%96) yakınlarıyla yaşamaktadır.

Hemodiyaliz tedavisi gören KBY hastalarının hemodiyaliz sürecine ilişkin bulgular incelendiğinde ise aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Tablo 11. Hemodiyaliz Tedavi Sürelerine Göre Katılımcıların Dağılımı

Hemodiyaliz Görme Süresi	Sayı	Yüzde
1 Yıldan Az	19	18,8
1-5 Yıl	41	40,6
6-10 Yıl	10	9,9
10 Yıldan Fazla	31	30,7
Toplam	101	100,0

Çalışmaya katılanların %18,8'i 1 yıldan az süredir hemodiyaliz tedavisi almakta iken %40,6'sı 1-5 yıldır, %9,9'u 6-10 yıl ve %30,7'si ise 10 yıldan fazladır hemodiyaliz tedavisi almaktadır. 1-5 yıl arası hemodiyaliz tedavisi alanlar çalışmaya katılanların yarıya yakınıni oluşturmaktadır.

Tablo 12. Haftalık Hemodiyaliz Tedavi Sıklıklarına Göre Katılımcıların Dağılımı

Hemodiyaliz Tedavi Sıklıkları	Sayı	Yüzde
1 Kez	2	2,0
2 Kez	11	10,9
3 Kez	86	85,1
4 Kez	2	2,0
Toplam	101	100,0

Çalışmaya katılanların büyük bir çoğunluğunun (%85,1) haftada 3 kez hemodiyaliz tedavisi aldığı görülmektedir. Tabloda belirtilen diğer hemodiyaliz hastalarının %2'si haftada 1 kez, %10,9'u 2 kez ve %2'si ise 4 kez hemodiyaliz tedavisi almaktadır.

Tablo 13. İlaçları Düzenli Kullanma Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı

İlaçları Düzenli Kullanma Durumlarına	Sayı	Yüzde
Evet	95	94,1
Bazen Kullanmıyorum	6	5,9
Toplam	101	100,0

Çalışmaya katılanların %94,1'i ilaçlarını düzenli kullanmakta iken %5,9'u bazen düzenli kullanmamaktadır. Çalışmaya katılan hemodiyaliz hastalarının büyük çoğunluğunun ilaçlarını düzenli olarak kullanması, tedaviye uyumlu olduklarını da göstermektedir

Tablo 14. Tedavi Ekibince Önerilere Uyuma Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı

Tedavi Ekibinin Önerilerine Uyuma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	90	89,1
Hayır	1	1,0
Bazen Uymuyorum	10	9,9
Toplam	101	100,0

Hemodiyaliz hastalarının tedavi sürecinden etkin bir şekilde yarar sağlayabilmeleri için tedavi ekibince verilen önerilere uymaları önemlidir. Belirli bir diyet uygulama

zorunluluğu ve sıvı kısıtlaması hemodiyaliz hastalarına tedavi ekibince yapılan önerilerin başında gelmektedir. Sıvı kısıtlaması ve belirli bir diyetle uyma zorunluluğu hemodiyaliz hastalarının hayatta kalmalarını ve yaşam kalitelerini etkileyen en önemli unsurlar arasındadır (Şahin, 1999).

Tablo 14 incelendiğinde çalışmaya katılanların %89,1'i tedavi ekibince önerilere uymakta iken %1'i uymamakta ve %9,9'u ise bazen uymamaktadır. Bu bulgular katılımcıların büyük çoğunluğunun tedavi ekibince verilen önerilere uyduğunu göstermektedir. Bulgulara dayanarak hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumlu olduğunu belirtmek mümkündür. Mutlu'nun (2007) hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların yarıya yakınının (%49,6) tedavi ekibince verilen önerilere uyduğunu, %47'si önerileri bazen aksattığı ve bu araştırmanın bulgusuna paralel olarak çok küçük bir kısmın önerilere uymadığı tespit edilmiştir.

Tablo 15. Hemodiyaliz Seansını Önerilen Süreden Önce Terk Etme Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı

Hemodiyaliz Seansını Önerilen Süreden Önce Terk Etme Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	7	6,9
Hayır	94	93,1
Toplam	101	100,0

Çalışmaya katılanların çok büyük çoğunluğunun (%93,1) hemodiyaliz seansını önerilen süreden önce terk etmediği, %6,9'luk kısmın ise önerilen süreden önce terk ettiği saptanmıştır.

Tablo 16. Diyet Konusunda Sorun Yaşama Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı

Diyet Konusunda Sorun Yaşama Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	31	30,7
Hayır	70	69,3
Toplam	101	100,0

Çalışmaya katılanların diyet konusunda sorun yaşama durumlarına ilişkin bulgulara göre %30,7'si diyet konusunda sıkıntı yaşamakta iken %69,3'ü yaşamamaktadır.

Tablo 17. Damar Ulaşım Yolu ile İlgili Sık Sık Sorun Yaşama Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı

Damar Ulaşım Yolu ile İlgili Sık Sık Sorun Yaşama Durum	Sayı	Yüzde
Evet	30	29,7
Hayır	71	70,3
Toplam	101	100,0

Çalışmaya katılanların %29,7'si damar ulaşım yolu ile ilgili sık sık sorun yaşamakta iken %70,3'ü sorun yaşamamaktadır.

Tablo 18. Hemodiyaliz Seanslarında Karşılaşılan Durumlara Göre Katılımcıların Dağılımı

Hemodiyaliz Seanslarında Karşılaşılan Durumlara	Evet		Hayır	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kas ağrıları	49	48,5	52	51,5
Bulantı, kusma	33	32,7	68	67,3
Kaşıntı	32	31,7	69	68,3
Halsizlik	78	77,2	23	22,8

*: Bu soruda katılımcılar birden fazla seçeneğe cevap verebilmişlerdir.

Hemodiyaliz tedavisi, hastalarda böbrek yetmezliğine bağlı ortaya çıkan belirti ve bulguları kontrol altına alırken, tedavi sürecinde bazı fiziksel sorunlara da yol açmaktadır. Bu sorunlar; hipotansiyon, kas krampları, güçsüzlük, yorgunluk, bulantı, kusma, kaşıntı, anemi v.b. olup, genel olarak fiziksel işlevlerde bozulmadır olarak belirtilebilir (Şanlıtürk, Ovayolu ve Kes,2018).

Çalışmaya katılanların hemodiyaliz seanslarında karşılaştığı durumlar incelendiğinde çoğunlukla %77,2 ile halsizlik, %48,5 ile kas ağrıları, %32,7 ile bulantı/kusma ve %31,7 ile kaşıntı görüldüğü saptanmıştır. Bu bulgulara paralel olarak hemodiyaliz hastalarıyla yapılan bir araştırmada hastalar fiziksel alanda karşılaştıkları zorlukları fiziksel kısıtlılıklar, halsizlik, yorgunluk ve kas krampları olarak ifade etmişlerdir (Lock, 1996).

Tablo 19. Hemodiyaliz Seanslarında Genellikle Vakit Geçirme Şekillerine Göre Katılımcıların Dağılımı

Hemodiyaliz Seanslarında Genellikle Vakit Geçirme Şekilleri	Evet		Hayır	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Uyuyarak	59	58,4	42	41,6
Diğer hasta ve yakınlarıyla sohbet ederek	36	35,6	65	64,4
Televizyon izleyerek	58	57,4	43	42,6
Müzik dinleyerek	18	17,8	83	82,2
Kitap okuyarak	2	2,0	99	98,0
Diğer	5	5,0	96	95,0

*: Bu soruda katılımcılar birden fazla seçeneğe cevap verebilmişlerdir.

Çalışmaya katılan hastaların hemodiyaliz seanslarında nasıl vakit geçirdiklerine ilişkin bulgular incelendiğinde hastaların sırasıyla %58,4'ü uyuyarak, %57,4'ü televizyon izleyerek %35,6'sı diğer hasta ve yakınlarıyla sohbet ederek, %17,8'i müzik dinleyerek vakit geçirmektedir. Kitap okuyan hastaların (%2) oranının düşük oluşu ise dikkat çekmektedir. Bu durumun nedeni hemodiyaliz işleminin hastalarda uyku hali, yorgunluk, halsizlik ve konsantre olmada zorluk gibi etki yaratmasından kaynaklanıyor olabilir

Tablo 20. Hemodiyaliz Tedavisi Süresince Hastalık Hakkında Açıklama Yapan, Önerilerde Bulunan Kişi veya Kişiler Olma Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı

Önerine Bulunan Kişi Olma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	93	92,1
Hayır	8	7,9
Toplam	101	100,0

Kronik hastalığa sahip hastaların psikolojik sorunlar yaşamasının nedeni, hastalıkları ve uygulanan tedavi yöntemleriyle ilgili yeterli bilgi sahibi olmamalarından kaynaklı olabilir. Tedavi ekibi tarafından doğru bir şekilde bilgilendirilmeyen ve açıklama yapılmayan hasta, kendince gerçekçi olmayan bilgiler edinebilir, edindiği bilgileri çarpıtabilir ve sonuçları kötü bir şekilde yorumlayabilir bu durum da hastaların umutsuzluk, kaygı, depresyon gibi psikolojik sorunlar yaşamasına yol açabilir,, tedaviye uyumunu güçleştirebilir ve tedavinin prognozunu olumsuz etkileyebilir (Ünlüoğlu ve diğ., 1997).

Tablo 20 incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların %92,1'i hemodiyaliz tedavisi süresince hastalığı hakkında açıklama yapan önerilerde bulunan kişi ya da kişiler olduğunu, %7,9'u ise olmadığını ifade etmiştir.

Ünlüoğlu ve diğerlerinin (Ünlüoğlu, Özden ve İnce 1997) hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı bir araştırmada hastaların büyük bir çoğunluğunun en çok hastalığın doğası, tedavi yöntemleri, transplantasyon ve cinsel sorunlar hakkında bilgilendirme istedikleri saptanmıştır.

Tablo 21. Hemodiyaliz Tedavisi Süresince Karşılaşılan Güçlüklerle İlgili Olarak Duygu ve Düşüncelerini İfade Etmesi İçin Anlayan, Cesaretlendiren Kişi veya Kişiler Olma Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı

Cesaretlendiren Kişi veya Kişiler Olma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	83	82,2
Hayır	18	17,8
Toplam	101	100,0

Tablo incelendiğinde, çalışmaya katılan hastaların büyük bir çoğunluğunun (%82,2) tedavi süresince karşılaştıkları güçlüklerle ilgili olarak duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri için kendilerini anlayan, cesaretlendiren kişi(ler) olduğunu belirtmiştir. Benzer bir şekilde Mutlu'nun (2007) 117 hemodiyaliz hastasıyla yaptığı çalışmada da hastaların çok büyük bir kısmının (%94) hemodiyaliz tedavisi süresince karşılaştıkları güçlükleri başkalarıyla paylaşabildikleri, sıkıntılarının yakınları tarafından dinlendiği ve yakınları tarafından değer gördüğü saptanmıştır.

Tablo 22. Hemodiyaliz Tedavisi Süresince Karşılaşılan Güçlüklerle Mücadelede En Çok Destek Olan Kişilere Göre Katılımcıların Dağılımı

Tedavi Sürecinde En Çok Destek Olan Kişiler	Sayı	Yüzde
Anne-Babam	22	21,8
Kardeşlerim	10	9,9
Çocuklarım	45	44,6
Tedavi Ekibi	18	17,8
Diğer	6	5,9
Toplam	101	100,0

Hemodiyaliz tedavisi süresince hastaların karşılaştığı güçlüklerle mücadelede en çok kimin destek olduğuna ilişkin bulgulara yarıya yakınının (%44,6) çocukları, %21,8'inin anne-babası, %17,8'inin tedavi ekibi, %9'unun kardeşleri ve %5,9'unun diğer kişiler (komşu, arkadaş) olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle katılımcıların dörtte üçü (76,3) aile üyeleri tarafından desteklendiğini ifade etmiştir. Araştırma bulgularına paralel olarak Tan ve diğerleri (2004) tarafından 136 hemodiyaliz hastasıyla yapılan çalışmada hastaların en çok aileleri tarafından, ardından arkadaşları ve hemşireler tarafından destek gördükleri saptanmıştır.

Tablo 23. Hemodiyaliz Tedavisi Süresince İhtiyaçlarının Karşılanması İçin Para, Eşya, İlaç, Yiyecek, Giyecek vb. Yardımda Bulunan Kişi veya Kişiler Olma Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı

Aynı ve Nakdi Yardımda Bulunan Kişiler Olma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	26	25,7
Hayır	75	74,3
Toplam	101	100,0

Çalışmaya katılanların yaklaşık dörtte biri(%25,7) hemodiyaliz tedavisi süresince ihtiyaçlarının karşılanması için para, eşya, ilaç, yiyecek, giyecek vb. yardımda bulunan kişi veya kişilerin olduğunu ifade ederken geriye kalan %74,3 gibi büyük bir çoğunluk bu tür yardımda bulunan kişilerin olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 24. Hemodiyaliz Tedavisi Süresince Hastaların yerine getirmekte güçlük çektiği durumlarda(ev işleri, çocuk bakımı, alış-veriş yapma vb.) Sorumlulukları Üstlenen ve Bu Konuda Destek Sağlayan Kişi veya Kişiler Olma Durumuna Göre Katılımcıların Dağılımı

Sorumlulukları Üstlenen ve Kişi veya Kişiler Olma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	69	68,3
Hayır	32	31,7
Toplam	101	100,0

Çalışmaya katılan hastaların büyük bir kısmı (%68,3) hemodiyaliz tedavisi süresince yerine getirmekte güçlük çektiği işlerde (ev işleri, çocuk bakımı, alış-veriş yapma vb.)kendileri yerine sorumlulukları üstlenen ve bu konuda destek sağlayan kişilerin olduğunu ifade ederken %31,7'si böyle bir destek görmediğini ifade etmiştir.

3.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Psikolojik Dayanıklılık Durumlarının Yaşam Kalitelerine Olan Etkilerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma araştırmaya katılan hastaların psikolojik dayanıklılık durumlarının yaşam kalitelerine olan etkilerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 25. Ölçekler İçin Tanımlayıcı İstatistikler

n=101	Ortalama	St.Sapma	Minimum	Maksimum
SF-36 Kısa Formu				
Fiziksel Fonksiyon	34,90	32,32	0,00	100,00
Rol Güç (Fiziksel)	22,03	33,59	0,00	100,00
Ağrı	43,73	26,86	0,00	100,00
Genel Sağlık	32,62	17,83	0,00	80,00
Vitalite	41,73	13,24	0,00	65,00
Sosyal Fonksiyon	56,68	28,70	0,00	100,00
Rol Güç (Emosyonel)	33,99	39,72	0,00	100,00
Mental Sağlık	42,73	18,54	0,00	80,00
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	3,41	0,55	2,31	4,72
Kişisel Güç	3,15	0,74	1,30	4,60
Yapısal Stil	3,06	0,89	1,00	5,00
Sosyal Yeterlilik	3,56	0,81	1,33	5,00
Aile Uyum	3,68	0,90	1,33	5,00
Sosyal Kaynaklar	3,61	0,78	1,86	5,00

Çalışmaya katılanların Fiziksel Fonksiyon Düzeyi 34,90 iken Rol Güçlüğü (Fiziksel) Düzeyi 22,03, Ağrı Düzeyi 43,73, Genel Sağlık Düzeyi 32,62, Vitalite Düzeyi 41,73, Sosyal Fonksiyon Düzeyi 56,68, Rol Güçlüğü (Emosyonel) Düzeyi 33,99 ve Mental Sağlık Düzeyi ise 42,73'tür. Düzeyleri verilen Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları 0-100 puan üzerinden değerlendirilmektedir.

Çalışmaya katılanların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Düzeyi 3,41 iken Kişisel Güç Düzeyi 3,15, Yapısal Stil Düzeyi 3,06, Sosyal Yeterlilik Düzeyi 3,56, Aile Uyum Düzeyi 3,68 ve Sosyal Kaynaklar Düzeyi ise 3,61'dir. Düzeyleri verilen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları 1-5 puan üzerinden değerlendirilmektedir.

Tablo 26. Ölçek ve Alt Boyutlarına İlişkin Normallikler (Çarpıklık, Basıklık)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Sayı	Çarpıklık	Basıklık
Fiziksel Fonksiyon	101	0,558	-1,054
Rol Güçl (Fiziksel)	101	1,255	0,140
Ağrı	101	0,509	-0,573
Genel Sağlık	101	0,463	-0,461
Vitalite	101	-0,559	-0,224
Sosyal Fonksiyon	101	0,003	-0,842
Rol Güçl (Emosyonel)	101	0,685	-1,129
Mental Sağlık	101	-0,177	-0,449
Psikolojik Dayanıklılık	101	0,156	-0,657
Kişisel Güç	101	-0,129	-0,329
Yapısal Stil	101	0,080	-0,480
Sosyal Yeterlilik	101	-0,389	-0,213
Aile Uyumu	101	-0,583	-0,412
Sosyal Kaynaklar	101	-0,210	-0,663

Tablo incelendiğinde tüm ölçek ve alt boyutlarının çarpıklık basıklık katsayıları ± 2 aralığındadır. Bu nedenle çalışmada bu değişkenlerin normal dağılım varsayımını sağladıkları görülmüştür.

Tablo 27. Ölçekler ve Alt Boyutlar Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Alt Boyutlar		Kişisel Güç	Yapısal Stil	Sosyal Yeterlilik	Aile Uyumu	Sosyal Kaynaklar	Psikolojik Dayanıklılık
Fiziksel Fonksiyon	r	0,012	0,031	0,010	0,119	0,117	0,089
	p	0,902	0,762	0,920	0,237	0,245	0,379
	N	101	101	101	101	101	101
Rol Güç(Fiziksel)	r	0,015	0,052	0,017	-0,017	-0,052	0,005
	p	0,884	0,607	0,866	0,867	0,605	0,957
	N	101	101	101	101	101	101
Ağrı	r	0,195	-0,001	0,088	0,117	0,130	0,154
	p	0,051	0,995	0,379	0,245	0,194	0,123
	N	101	101	101	101	101	101
Genel Sağlık	r	0,236	-0,051	0,073	-0,080	0,072	0,064
	p	0,017*	0,614	0,468	0,429	0,473	0,527
	N	101	101	101	101	101	101
Vitalite	r	0,146	-0,028	0,028	0,032	0,053	0,064
	p	0,146	0,782	0,782	0,750	0,600	0,523
	N	101	101	101	101	101	101
Sosyal Fonksiyon	r	0,027	-0,195	0,172	0,003	0,056	0,012
	p	0,788	0,051	0,085	0,976	0,576	0,906
	N	101	101	101	101	101	101
Rol Güç (Emosyonel)	r	0,133	-0,036	-0,005	0,046	0,002	0,039
	p	0,185	0,718	0,963	0,645	0,983	0,701
	N	101	101	101	101	101	101
Mental Sağlık	r	0,230	-0,127	0,185	0,099	0,243	0,178
	p	0,021*	0,207	0,063	0,326	0,014*	0,076
	N	101	101	101	101	101	101

$p < 0,05$ (İstatistiksel olarak anlamlı) r: Pearson Korelasyon Katsayısı

Uygulanan korelasyon analizi sonucunda Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Kişisel Güç alt boyutu puanları ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Genel Sağlık ve Mental Sağlık alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişkiler bulunmaktadır. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Sosyal Kaynaklar alt boyutu puanları ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Mental Sağlık alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Literatürde psikolojik dayanıklılık ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bazı çalışmalara rastlanmıştır.

Tian ve Hong (2014) sindirim sistemi kanseri olan hastalarda psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Araştırmanın sonuçlarına göre psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki pozitif yönde istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.

Jain ve Singh (2014) şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin bakıcıları arasındaki psikolojik dayanıklılığı ve dayanıklılığın bireyin yaşam kalitesini etkileyip etkilemediğini araştırmışlardır. Araştırma sonuçları, şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin bakıcılarında yaşam kalitesi ve psikolojik dayanıklılık arasında pozitif yönde önemli korelasyon bulunduğunu, psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesini arttırdığını göstermiştir.

Manne ve diğ. (2015) jinekolojik kanser teşhisi alan kadınlar arasında, psikolojik dayanıklılık ve olumlu başa çıkma ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri incelemişlerdir. Araştırma sonuçları, psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesini artırdığı, baş etme stratejilerinin dayanıklılık ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin %62,6'sını açıkladığı saptanmıştır. Bu bulgulara göre, psikolojik dayanıklılığı yüksek olan kadınların jinekolojik kanser sırasında olumlu duyguları ifade etme, yaşamlarında barış ve anlam duygusu geliştirme olasılıkları daha yüksek olmasından dolayı daha yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları tespit edilmiştir.

Tümlü Ülker ve Recepoğlu (2013) akademik personelin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla ilişkisel tarama modelinde betimsel bir çalışma yapmışlardır. Araştırma katılımcılarını 2011-2012 eğitim öğretim yılında

Kastamonu Üniversitesi'nden rastgele örnekleme yolu ile seçilen 94 öğretim elemanı oluşturmuştur. Araştırma sonuçları, yaşam doyumu ile psikolojik dayanıklılık arasında pozitif yönde önemli bir ilişki olduğunu ve psikolojik dayanıklılığın yaşam doyumunu önemli düzeyde yordadığını göstermiştir.

Aandroodi (2017) Üniversite öğrencilerinin öz yetkinlik ve psikolojik dayanıklılık ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkilerin kültüre bağlı olarak incelenmesi amacıyla ilişkisel bir çalışma yapmıştır. Çalışma katılımcıları 2016-2017 öğretim yılında İran'da öğrenim gören 413 lisans öğrencisinden ve Türkiye'de öğrenim gören 511 lisans öğrencisinden olmak üzere toplam 924 lisans öğrencisinden oluşmaktadır. Araştırmanın sonuçları, öz yetkinliğin psikolojik dayanıklılığı artırdığını, psikolojik dayanıklılığın da yaşam kalitesini yükselttiğini göstermiştir.

3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerle Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan hastaların psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanlara ve ölçeklerle yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, hemodiyaliz tedavisi görme süresibağımsız değişkenleri arasındaki ilişkilere ilişkin bulgular yer almaktadır

Tablo 28. Yaş Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi

Yaş		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Fiziksel Fonksiyon	40 Yaş ve Altı	18	49,17	33,97	2,493	0,065
	41-50 Yaş	26	40,38	34,73		
	51-60 Yaş	25	25,60	25,05		
	61 Yaş ve Üzeri	32	29,69	32,20		
Rol Güçl (Fiziksel)	40 Yaş ve Altı	18	19,44	30,38	1,770	0,158
	41-50 Yaş	26	21,15	30,57		
	51-60 Yaş	25	12,00	28,98		
	61 Yaş ve Üzeri	32	32,03	39,26		
Ağrı	40 Yaş ve Altı	18	47,33	22,38	0,884	0,452
	41-50 Yaş	26	49,27	23,36		
	51-60 Yaş	25	38,40	29,63		
	61 Yaş ve Üzeri	32	41,38	29,50		
Genel Sağlık	40 Yaş ve Altı	18	33,61	11,86	1,708	0,170

	41-50 Yaş	26	38,46	19,74		
	51-60 Yaş	25	27,60	14,73		
	61 Yaş ve Üzeri	32	31,25	20,36		
Vitalite	40 Yaş ve Altı	18	47,22	12,03	2,479	0,066
	41-50 Yaş	26	44,42	10,80		
	51-60 Yaş	25	39,40	13,56		
	61 Yaş ve Üzeri	32	38,28	14,46		
Sosyal Fonksiyon	40 Yaş ve Altı	18	58,33	24,63	0,132	0,941
	41-50 Yaş	26	58,65	27,79		
	51-60 Yaş	25	54,00	27,18		
	61 Yaş ve Üzeri	32	56,25	33,45		
Rol Güçl (Emosyonel)	40 Yaş ve Altı	18	33,33	32,34	0,392	0,759
	41-50 Yaş	26	28,21	34,89		
	51-60 Yaş	25	33,33	44,10		
	61 Yaş ve Üzeri	32	39,58	44,35		
Mental Sağlık	40 Yaş ve Altı	18	43,33	18,37	0,861	0,464
	41-50 Yaş	26	46,15	17,02		
	51-60 Yaş	25	44,00	19,43		
	61 Yaş ve Üzeri	32	38,63	19,21		

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda yaş grupları arasında Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Yaşlanma ile birlikte fiziksel alanda kısıtlılıklar görülür. Bu duruma paralel olarak yaş arttıkça yaşam kalitesinin düşmesi olası bir sonuçtur. Literatürde yer alan hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik yapılan bazı çalışmalarda yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Rocco ve diğ., 2006; Acaray ve Pınar, 2004; Üstün ve diğ., 2006; Ünal ve diğ., 2005). Ancak bu çalışmada benzer bir bulgu elde edilememiştir.

Tablo 29. Yaş Gruplarına Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi

Yaş		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Kişisel Güç	40 Yaş ve Altı	18	3,04	0,54	1,131	0,340
	41-50 Yaş	26	3,17	0,91		
	51-60 Yaş	25	3,36	0,67		
	61 Yaş ve Üzeri	32	3,03	0,74		
Yapısal Stil	40 Yaş ve Altı	18	3,08	1,02	0,527	0,665
	41-50 Yaş	26	3,15	0,82		
	51-60 Yaş	25	3,15	0,84		
	61 Yaş ve Üzeri	32	2,90	0,94		
Sosyal Yeterlilik	40 Yaş ve Altı	18	3,57	0,92	0,946	0,421
	41-50 Yaş	26	3,40	0,83		
	51-60 Yaş	25	3,77	0,81		
	61 Yaş ve Üzeri	32	3,51	0,73		
Aile Uyumu	40 Yaş ve Altı	18	3,48	0,87	0,434	0,729
	41-50 Yaş	26	3,65	0,86		
	51-60 Yaş	25	3,71	0,93		
	61 Yaş ve Üzeri	32	3,78	0,95		
Sosyal Kaynaklar	40 Yaş ve Altı	18	3,45	0,80	0,758	0,520
	41-50 Yaş	26	3,77	0,92		
	51-60 Yaş	25	3,67	0,68		
	61 Yaş ve Üzeri	32	3,53	0,74		
Psikolojik Dayanıklılık	40 Yaş ve Altı	18	3,33	0,55	0,703	0,553
	41-50 Yaş	26	3,43	0,57		
	51-60 Yaş	25	3,53	0,52		
	61 Yaş ve Üzeri	32	3,35	0,56		

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda yaş grupları arasında Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu bulgulara karşın, Kabakaş'ın (2016) hemodiyaliz tedavisi gören bireylerle yaptığı çalışmasında bireylerin yaşları ile psikolojik dayanıklılık ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle bireylerin yaşları arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir.

Tablo 30. Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi

Cinsiyet		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Fiziksel Fonksiyon	Kadın	49	36,22	32,44	0,398	0,692
	Erkek	52	33,65	32,47		
Rol Güçl (Fiziksel)	Kadın	49	22,45	33,17	0,121	0,904
	Erkek	52	21,63	34,31		
Ağrı	Kadın	49	46,24	26,93	0,912	0,364
	Erkek	52	41,37	26,83		
Genel Sağlık	Kadın	49	32,96	17,08	0,183	0,855
	Erkek	52	32,31	18,67		
Vitalite	Kadın	49	43,57	13,62	1,361	0,177
	Erkek	52	40,00	12,76		
Sosyal Fonksiyon	Kadın	49	58,42	25,05	0,588	0,558
	Erkek	52	55,05	31,92		
Rol Güçl (Emosyonel)	Kadın	49	33,33	38,49	-0,161	0,872
	Erkek	52	34,62	41,20		
Mental Sağlık	Kadın	49	42,94	18,53	0,108	0,914
	Erkek	52	42,54	18,73		

t: Bağımsız Örneklem T Testi

Uygulanan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda kadın ve erkekler arasında Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Kaplan (2007) ve Blake (2000) hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada cinsiyet ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış olup bu çalışmayla benzer bulgular elde edilmiştir. Buna karşın, Altıntepe ve arkadaşlarının (2005) hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada, yaşam kalitesinin fiziksel ve mental sağlık alt boyut skorları ile erkek cinsiyet arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu, Koçer'in (2006) yaptığı çalışmada benzer şekilde hemodiyaliz hasta grubunda yaşam kalitesinin mental sağlık ve fiziksel sağlık alt boyut skorları ile erkek cinsiyet arasında pozitif yönlü ilişki olduğu, Yalçın'ın (2018) yaptığı çalışmada hemodiyaliz hasta grubunda kadın hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlü alt boyutları açısından aldıkları puanların erkek hastalara göre önemli derecede düşük olduğu, Mittal ve diğerlerinin (2001) yaptığı çalışmada da erkek hemodiyaliz hastalarının fiziksel fonksiyon skorlarının kadın hemodiyaliz hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 31. Cinsiyete Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi

Cinsiyet		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Kişisel Güç	Kadın	49	3,10	0,81	-0,567	0,572
	Erkek	52	3,19	0,69		
Yapısal Stil	Kadın	49	3,04	0,94	-0,202	0,840
	Erkek	52	3,08	0,86		
Sosyal Yeterlilik	Kadın	49	3,74	0,80	2,211	0,029*
	Erkek	52	3,39	0,79		
Aile Uyum	Kadın	49	3,76	0,87	0,850	0,397
	Erkek	52	3,60	0,93		
Sosyal Kaynaklar	Kadın	49	3,70	0,87	1,026	0,308
	Erkek	52	3,54	0,69		
Psikolojik Dayanıklılık	Kadın	49	3,47	0,57	0,994	0,322
	Erkek	52	3,36	0,53		

$p<0,05$ (İstatistiksel olarak anlamlı) t: Bağımsız Örneklem T Testi

Uygulanan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda kadın ve erkekler arasında Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Sosyal Yeterlilik alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre kadınların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Sosyal Yeterlilik alt boyutu puanları erkeklerden anlamlı derecede daha fazladır. Dane ve Olgun'un (2016) çalışmasında ise hemodiyaliz hasta grubunda cinsiyet ile psikolojik dayanıklılık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş olup, erkeklerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puan ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bülbül (2015) tarafından sporcuların psikolojik dayanıklılıklarının incelendiği çalışmada ise kadın sporcuların psikolojik dayanıklılık düzeyinin erkek sporculardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Tablo 32. Medeni Duruma Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi

Medeni Durum		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Fiziksel Fonksiyon	Evli	81	32,65	31,61	-1,413	0,161
	Bekar	20	44,00	34,36		
Rol Güçl (Fiziksel)	Evli	81	23,15	34,18	0,671	0,503
	Bekar	20	17,50	31,52		
Ağrı	Evli	81	42,17	27,14	-1,177	0,242
	Bekar	20	50,05	25,36		
Genel Sağlık	Evli	81	32,96	18,52	0,383	0,702
	Bekar	20	31,25	15,03		
Vitalite	Evli	81	40,68	13,50	-1,623	0,108
	Bekar	20	46,00	11,42		
Sosyal Fonksiyon	Evli	81	55,09	28,21	-1,122	0,264
	Bekar	20	63,13	30,48		
Rol Güçl(Emosyonel)	Evli	81	33,74	41,33	-0,144	0,887
	Bekar	20	35,00	33,29		
Mental Sağlık	Evli	81	41,88	18,40	-0,933	0,353
	Bekar	20	46,20	19,18		

t: Bağımsız Örneklem T Testi

Uygulanan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda evli ve bekarlar arasında Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu çalışmaya paralel olarak hemodiyaliz hasta grubuyla yapılan bazı çalışmalarda da medeni durum ile yaşam kalitesi boyutları arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir (Ören, 2010; Kaymak, 2012; Sutet- Ching, 2001). Buna karşın, Mittal ve diğerlerinin (2001) yaptığı çalışmada yalnız yaşayan hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi mental sağlık alt boyutu skorlarının yalnız yaşamayan hemodiyaliz hastalarına göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Kaplan'ın (2002) hemodiyaliz hasta grubuyla yaptığı çalışmada da medeni durum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup, bekar hastaların yaşam kalitelerinin evli olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada ise evli olan hemodiyaliz hastalarının bekar olanlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmış olup, bu durumun nedeni ise evli olan hemodiyaliz hastalarının sosyal destek algılarının daha yüksek olduğu şeklinde belirlenmiştir (Rumberd ve diğ., 2000).

Tablo 33. Medeni Duruma Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi

Medeni Durum		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Kişisel Güç	Evli	81	3,17	0,79	0,552	0,582
	Bekar	20	3,07	0,55		
Yapısal Stil	Evli	81	3,07	0,86	0,192	0,848
	Bekar	20	3,03	1,05		
Sosyal Yeterlilik	Evli	81	3,55	0,79	-0,157	0,876
	Bekar	20	3,58	0,91		
Aile Uyum	Evli	81	3,74	0,86	1,355	0,178
	Bekar	20	3,43	1,04		
Sosyal Kaynaklar	Evli	81	3,63	0,79	0,314	0,754
	Bekar	20	3,56	0,78		
Psikolojik Dayanıklılık	Evli	81	3,43	0,54	0,697	0,487
	Bekar	20	3,33	0,57		

t: Bağımsız Örneklem T Testi

Uygulanan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda evli ve bekarlar arasında Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu çalışmaya paralel olarak, Kabakaş'ın (2016) hemodiyaliz hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmada medeni durum ile psikolojik dayanıklılık ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sevim'in (2018)kemoterapi alan kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada da benzer şekilde medeni durum ile psikolojik dayanıklılık arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Buna karşınDane'nin (2015) hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada evlilerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinden aldıkları puanların ortalamasının bekarlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 34. Eğitim Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi

Eğitim Düzeyi		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Fiziksel Fonksiyon	Okur Yazar Değil	19	25,26	28,01	1,454	0,232
	Okur Yazar	10	31,00	34,14		
	İlköğretim	52	34,81	29,62		
	Lise ve Üzeri	20	46,25	40,13		
Rol Güçl (Fiziksel)	Okur Yazar Değil	19	28,95	36,57	2,093	0,106
	Okur Yazar	10	12,50	24,30		
	İlköğretim	52	16,35	31,27		
	Lise ve Üzeri	20	35,00	37,52		
Ağrı	Okur Yazar Değil	19	33,84	23,21	1,208	0,311
	Okur Yazar	10	41,10	24,46		
	İlköğretim	52	47,12	27,74		
	Lise ve Üzeri	20	45,65	28,27		
Genel Sağlık	Okur Yazar Değil	19	28,95	15,60	0,616	0,606
	Okur Yazar	10	35,00	20,55		
	İlköğretim	52	34,42	17,59		
	Lise ve Üzeri	20	30,25	19,50		
Vitalite	Okur Yazar Değil	19	40,26	14,95	0,101	0,959
	Okur Yazar	10	41,50	11,56		
	İlköğretim	52	42,12	12,65		
	Lise ve Üzeri	20	42,25	14,64		
Sosyal Fonksiyon	Okur Yazar Değil	19	55,26	32,63	0,603	0,615
	Okur Yazar	10	48,75	27,29		
	İlköğretim	52	56,25	27,51		
	Lise ve Üzeri	20	63,13	29,38		
Rol Güçl (Emosyonel)	Okur Yazar Değil	19	40,35	40,94	0,852	0,469
	Okur Yazar	10	30,00	42,89		
	İlköğretim	52	28,85	36,17		
	Lise ve Üzeri	20	43,33	46,01		
Mental Sağlık	Okur Yazar Değil	19	37,89	20,89	0,798	0,498
	Okur Yazar	10	48,80	16,09		
	İlköğretim	52	43,08	17,81		
	Lise ve Üzeri	20	43,40	19,44		

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda eğitim düzeyleri arasında Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu bulguya paralel olarak Güney (2016), Gölle (2009), Kaplan (2006) ve Ewans ve diğerleri (1985) tarafından hemodiyaliz hastalarıyla yapılan çalışmada eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Ancak Koçer'in (2006) çalışmasında hemodiyaliz hastalarının eğitim durumu bakımından

yaşam kalitesi fiziksel sağlık alt boyutu açısından anlamlı bir fark olduğu bildirilmiştir. Ören'in (2010) çalışmasında hemodiyaliz hasta grubunda yaşam kalitesi ölçeği fonksiyonel sağlık ve genel sağlık alt boyutlarının üniversite düzeyi ile okur-yazar/ilkokul grubu arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yapılan pek çok çalışmada hemodiyaliz hasta grubunda eğitim düzeyinin yükselmesine paralel olarak yaşam kalitesinin arttığı bildirilmiştir (Mingardi ve diğ., 1999).

Tablo 35. Eğitim Düzeylerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi

Eğitim Düzeyi		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Kişisel Güç	Okur Yazar Değil	19	2,81	0,70	1,631	0,187
	Okur Yazar	10	3,23	0,57		
	İlköğretim	52	3,22	0,80		
	Lise ve Üzeri	20	3,24	0,66		
Yapısal Stil	Okur Yazar Değil	19	2,95	0,90	1,976	0,123
	Okur Yazar	10	2,48	0,66		
	İlköğretim	52	3,15	0,92		
	Lise ve Üzeri	20	3,21	0,84		
Sosyal Yeterlilik	Okur Yazar Değil	19	3,40	0,78	1,999	0,119
	Okur Yazar	10	3,08	0,95		
	İlköğretim	52	3,71	0,86		
	Lise ve Üzeri	20	3,56	0,54		
Aile Uyumu	Okur Yazar Değil	19	3,80	0,73	0,780	0,508
	Okur Yazar	10	3,47	1,12		
	İlköğretim	52	3,75	0,90		
	Lise ve Üzeri	20	3,47	0,94		
Sosyal Kaynaklar	Okur Yazar Değil	19	3,60	0,83	1,388	0,251
	Okur Yazar	10	3,39	0,81		
	İlköğretim	52	3,75	0,81		
	Lise ve Üzeri	20	3,39	0,62		
Psikolojik Dayanıklılık	Okur Yazar Değil	19	3,31	0,52	1,810	0,150
	Okur Yazar	10	3,13	0,56		
	İlköğretim	52	3,52	0,56		
	Lise ve Üzeri	20	3,37	0,51		

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda eğitim düzeyleri arasında Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Literatürde yer alan kanser hasta gruplarıyla yapılan bazı çalışmalarda da eğitim durumunun psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili bir

faktör olmadığı bildirilmiştir (Sevim, 2018; Demir, 2016). Buna karşın, Dane'nin (2015) çalışmasında eğitim durumu faktörünün psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili olduğu, eğitim düzeyi arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeyinin de arttığı belirtilirken, Bonanno ve diğerlerinin (2007) çalışmasında lise mezunlarının Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puan ortalamalarının üniversite mezunlarından daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Tablo 36. Gelir Düzeylerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi

Gelir Düzeyi		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Fiziksel Fonksiyon	1.Asgari Ücret	70	31,14	30,47	4,378	0,015* Fark: 3-1
	2.1605-2000	17	31,47	29,20		
	3.2000 Üzeri	14	57,86	37,40		
Rol Güçl (Fiziksel)	1.Asgari Ücret	70	18,57	32,05	1,275	0,284
	2.1605-2000	17	27,94	35,23		
	3.2000 Üzeri	14	32,14	38,52		
Ağrı	1.Asgari Ücret	70	43,11	28,37	0,842	0,434
	2.1605-2000	17	39,65	23,39		
	3.2000 Üzeri	14	51,79	22,58		
Genel Sağlık	1.Asgari Ücret	70	33,21	16,53	0,400	0,672
	2.1605-2000	17	29,12	21,08		
	3.2000 Üzeri	14	33,93	20,68		
Vitalite	1.Asgari Ücret	70	41,00	13,56	0,740	0,480
	2.1605-2000	17	41,47	13,44		
	3.2000 Üzeri	14	45,71	11,41		
Sosyal Fonksiyon	1.Asgari Ücret	70	56,61	28,37	0,659	0,520
	2.1605-2000	17	51,47	29,28		
	3.2000 Üzeri	14	63,39	30,41		
Rol Güçl (Emosyonel)	1.Asgari Ücret	70	29,05	36,74	2,569	0,082
	2.1605-2000	17	52,94	44,19		
	3.2000 Üzeri	14	35,71	44,27		
Mental Sağlık	1.Asgari Ücret	70	42,17	19,31	0,150	0,861
	2.1605-2000	17	43,06	15,91		
	3.2000 Üzeri	14	45,14	18,59		

$p < 0,05$ (İstatistiksel olarak anlamlı) F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Grup Farklılıkları İçin "Tukey" Testi

Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda gelir durumları arasında Fiziksel Fonksiyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buna göre gelir durumu 2000 TL üzeri olan kişilerin Fiziksel Fonksiyon puanları gelir durumu asgari ücret olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır. Kaymak

(2012)araştırmasında gelir durumu orta düzeyde olan hemodiyaliz hastalarının genel sağlığın algılanması alt boyut puan ortalamaları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgulara dayanarak hastalarda yaşam kalitesinin iyileşmesinde ekonomik durumun etkili bir faktör olduğu söylenebilir.

Tablo 37. Gelir Düzeylerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi

Gelir Düzeyi		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Kişisel Güç	Asgari Ücret	70	3,17	0,74	0,474	0,624
	1605-2000	17	3,21	0,68		
	2000 Üzeri	14	2,97	0,87		
Yapısal Stil	Asgari Ücret	70	3,03	0,90	1,078	0,344
	1605-2000	17	3,32	0,93		
	2000 Üzeri	14	2,88	0,77		
Sosyal Yeterlilik	Asgari Ücret	70	3,59	0,85	0,214	0,808
	1605-2000	17	3,44	0,86		
	2000 Üzeri	14	3,56	0,54		
Aile Uyum	Asgari Ücret	70	3,67	0,93	0,557	0,575
	1605-2000	17	3,54	0,79		
	2000 Üzeri	14	3,88	0,91		
Sosyal Kaynaklar	Asgari Ücret	70	3,64	0,82	0,818	0,444
	1605-2000	17	3,40	0,52		
	2000 Üzeri	14	3,73	0,86		
Psikolojik Dayanıklılık	Asgari Ücret	70	3,42	0,55	0,029	0,972
	1605-2000	17	3,38	0,59		
	2000 Üzeri	14	3,40	0,51		

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda gelir durumları arasında Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Benzer şekilde Kabakaş'ın (2016) çalışmasında da hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Buna karşın, Sevim'in (2018) 114 kanser hastasıyla yaptığı çalışmada hastaların gelir düzeyleri arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir.

Tablo 38. Hemodiyaliz Tedavisi Görme Süresi Gruplarına Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi

Hemodiyaliz Tedavisi Görme Süresi		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Fiziksel Fonksiyon	1 Yıldan Az	19	45,53	35,90	1,742	0,164
	1-5 Yıl	41	36,34	31,74		
	6-10 Yıl	10	39,00	36,12		
	10 Yıldan Fazla	31	25,16	28,21		
Rol Güçl (Fiziksel)	1 Yıldan Az	19	27,63	37,17	0,752	0,524
	1-5 Yıl	41	20,73	33,03		
	6-10 Yıl	10	32,50	44,17		
	10 Yıldan Fazla	31	16,94	28,42		
Ağrı	1 Yıldan Az	19	52,84	32,76	3,140	0,029* Fark: 1-4
	1-5 Yıl	41	45,59	25,93		
	6-10 Yıl	10	53,10	28,56		
	10 Yıldan Fazla	31	32,68	20,15		
Genel Sağlık	1 Yıldan Az	19	39,21	19,02	1,080	0,361
	1-5 Yıl	41	31,46	17,97		
	6-10 Yıl	10	30,50	15,89		
	10 Yıldan Fazla	31	30,81	17,37		
Vitalite	1 Yıldan Az	19	46,05	12,86	2,055	0,111
	1-5 Yıl	41	42,20	12,04		
	6-10 Yıl	10	45,00	11,55		
	10 Yıldan Fazla	31	37,42	14,71		
Sosyal Fonksiyon	1 Yıldan Az	19	64,47	30,97	0,996	0,398
	1-5 Yıl	41	54,88	28,90		
	6-10 Yıl	10	63,75	22,40		
	10 Yıldan Fazla	31	52,02	28,70		
Rol Güçl (Emosyonel)	1 Yıldan Az	19	40,35	45,24	1,430	0,239
	1-5 Yıl	41	34,96	37,23		
	6-10 Yıl	10	50,00	45,13		
	10 Yıldan Fazla	31	23,66	36,71		
Mental Sağlık	1 Yıldan Az	19	45,89	16,08	2,002	0,119
	1-5 Yıl	41	44,20	19,18		
	6-10 Yıl	10	50,00	11,51		
	10 Yıldan Fazla	31	36,52	19,83		

$p<0,05$ (İstatistiksel olarak anlamlı) F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Grup Farklılıkları İçin "Tukey" Testi

Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda hemodiyaliz tedavi süresi grupları arasında Ağrı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre hemodiyaliz tedavi süreleri bir yıldan az olan kişilerin Ağrı puanları hemodiyaliz tedavi süresi 10 yıldan fazla olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır. Literatür incelendiğinde bu bulgunun aksine, uzun süre hemodiyaliz tedavisi

gören hastaların hem kronik hastalığa hem de tedavi sürecinde karşılaşılan komplikasyonlara bağlı olarak ağrı düzeylerinin yüksek olduğudolayısıyla hastalarda ağrının yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır (Yeşil, 2011). Hemodiyaliz tedavi süresi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmada uzun süre hemodiyalize giren hastalarda haftanın birkaç günü makineye ve başka insanlara bağımlı olmanın verdiği olumsuz duygular, monoton yaşam, durumlarının daha kötüye gittiği, ölüm korkusu, yorgunluk, bitkinlik hissetmeleri, diyaliz semptomları ile baş etmede yetersizlik gibi nedenlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği kanısına varılmıştır (Acaray ve Pınar, 2004)

Tablo 39. Hemodiyaliz Tedavisi Görme Süresi Gruplarına Göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılıklarının İncelenmesi

Hemodiyaliz Tedavisi Görme Süresi	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Kişisel Güç	1 Yıldan Az	19	3,31	0,913	0,438
	1-5 Yıl	41	3,22		
	6-10 Yıl	10	2,97		
	10 Yıldan Fazla	31	3,02		
Yapısal Stil	1 Yıldan Az	19	3,25	0,657	0,581
	1-5 Yıl	41	2,92		
	6-10 Yıl	10	3,13		
	10 Yıldan Fazla	31	3,10		
Sosyal Yeterlilik	1 Yıldan Az	19	3,65	0,827	0,482
	1-5 Yıl	41	3,41		
	6-10 Yıl	10	3,77		
	10 Yıldan Fazla	31	3,63		
Aile Uyum	1 Yıldan Az	19	4,02	3,589	0,016* Fark: 2-3
	1-5 Yıl	41	3,45		
	6-10 Yıl	10	4,27		
	10 Yıldan Fazla	31	3,58		
Sosyal Kaynaklar	1 Yıldan Az	19	3,97	2,568	0,059
	1-5 Yıl	41	3,47		
	6-10 Yıl	10	3,90		
	10 Yıldan Fazla	31	3,49		
Psikolojik Dayanıklılık	1 Yıldan Az	19	3,64	2,284	0,084
	1-5 Yıl	41	3,29		
	6-10 Yıl	10	3,61		
	10 Yıldan Fazla	31	3,36		

$p < 0,05$ (İstatistiksel olarak anlamlı) F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Grup Farklılıkları İçin "Tukey" Testi

Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda hemodiyaliz tedavi süresi grupları arasında Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Aile Uyumı alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre hemodiyaliz tedavi süreleri 6-10 yıl olan kişilerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Aile Uyumı alt boyutu puanları hemodiyaliz tedavi süresi 1-5 yıl olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır. Bu çalışmada hemodiyaliz tedavi süresi ile aile uyumu alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunması zaman içinde aile içi rol ve sorumlukların benimsendiğine, hastalığa uyum sağlandığına ve aile içi dengenin kurulduğuna işaret etmektedir.

Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan diğer çalışmada ise bireylerin psikolojik dayanıklılık ölçeğinden aldıkları puanlar ile hemodiyaliz tedavisi görme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Dane, 2015).

BÖLÜM IV. SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. Sonuçlar

Bu bölümde araştırmanın sonuçları, hemodiyaliz tedavisi gören KBY'li hastaların sosyo-demografik özelliklerine ve hemodiyaliz sürecine ilişkin sonuçlar; araştırmaya katılan hastaların psikolojik dayanıklılık durumlarının yaşam kalitelerine olan etkilerine ilişkin sonuçlar ve araştırma katılımcılarının, araştırmada kullanılan “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Kısa Formu”ndan aldıkları puanlara ve bu puanlarla araştırma kapsamında belirlenen (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, hemodiyaliz tedavisi görme süresi) bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilere ilişkin sonuçlar olmak üzere üç temel başlık altında verilmiştir.

4.1.1. Hemodiyaliz Tedavisi Gören KBY'li Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Ve Hemodiyaliz Sürecine İlişkin Sonuçlar

Çalışmaya katılanların %17,8'i 40 ve altı yaş grubunda iken %25,7'si 41-50 yaş, %24,8'i 51-60 yaş ve %31,7'si ise 61 ve üzeri yaş grubundadır. Çalışmaya katılanların %48,5'i kadın ve %51,5'i ise erkektir. Çalışmaya katılanların önemli bir çoğunluğu (%80,2)evlilerden, %12,9'u bekarlardan, %5,9'u boşanmışlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %1'i ise eşinin vefat ettiğini belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %18,8'i okur yazar değildir. Katılımcıların %9,9'u ise okur yazar, yarısından fazlası (%51,5) ilköğretim mezunu, %14,9'u lise mezunu ve %5'i ise üniversite mezunudur. Çalışmaya katılanların %2'si memur olarak %8,9'u işçi olarak çalışmakta iken, %6,9'u kendi işinde çalışmaktadır. Katılımcıların %42,6'sı ev hanımı, %27,7'si emekli ve %11,9'u ise işsizdir.

Çalışmaya katılanların hemodiyaliz tedavisi almaya başladıktan sonra iş hayatındaki değişiklikler incelendiğinde çoğunluğu (%21,8) tedaviden önce çalışmamıştır. Katılımcıların %16,8'i işsiz kalmış, %10,9'u malulen emekli olmuş ve %5'inin ise çalışma saatlerinde değişiklik olmuştur. Katılımcılar arasında meslek değiştirmek zorunda kalan olmamıştır. Ev hanımlarının önemli bir çoğunluğu (%90,7) ev işlerini yürütmekte zorlanmıştır. Diğer değişikliklere maruz kalanların oranı ise %11,9'dur.

Çalışmaya katılanların %79,2'si çocuk sahibi iken %20,8'i ise çocuk sahibi değildir. Çalışmaya katılanlar arasında tek çocuğa sahip olanların çocuklarının yaş ortalaması 29,73 iken iki tek çocuğa sahip olanların çocuklarının yaş ortalaması 30,44'tür. Üç çocuğa sahip olanların çocuklarının yaş ortalaması 30,55 ve dört çocuğa sahip olanların çocuklarının yaş ortalaması 30,14'tür.

Çalışmaya katılanların önemli bir çoğunluğu (%69,3) asgari ücret ile geçimini sağlamakta iken %16,8'sinin aylık geliri 1605-2000 TL, %9,9'unun 2001-3000 TL ve %4'ünün ise 3001 TL ve üzeridir. Çalışmaya katılanların %37,6'sının sosyal güvencesi SSK iken %17,8'inin Bağkur, %13,9'unun Emekli Sandığı ve %30,7'sinin ise Yeşil Karttır.

Çalışmaya katılanların %28,7'si eşi ile yaşamakta iken %40,6'sı eşi ve evlenmemiş çocuklarıyla, %6,9'u eşi ve evli çocukları/torunlarıyla %13,9'u baba/anne-kayınvalide/kayınpeder gibi birinci derece akrabalarıyla %4'ü yalnız ve %5,9'u ise diğer kişilerle yaşamaktadır.

Çalışmaya katılanların %18,8'i 1 yıldan az süredir hemodiyaliz tedavisi almakta iken %40,6'sı 1 ila 5 yıl arası bir süredir, %9,9'u 6 ila 10 yıl arası bir süredir ve %30,7'si ise 10 yıldan fazladır hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Çalışmaya katılanların %2'si haftada bir kez hemodiyaliz tedavisi almakta iken %10,9'u iki kez, %85,1'i üç kez ve %2'si ise dört kez almaktadır. Çalışmaya katılanların %94,1'i ilaçlarını düzenli kullanmakta iken %5,9'u bazen düzenli kullandığını belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %89,1'i tedavi ekibince önerilere uymakta iken %1'i uymamakta ve %9,9'u ise bazen uymamaktadır. Çalışmaya katılanların %6,9'unun hemodiyaliz seansını önerilen süreden önce terk ettiği oluyor iken %93,1'i ise terk etmemektedir. Çalışmaya katılanların %30,7'si diyet konusunda sıkıntı yaşamakta iken %69,3'ü yaşamamaktadır. Çalışmaya katılanların %29,7'si damar ulaşım yolu ile ilgili sık sık sorun yaşamakta iken %70,3'ü yaşamamaktadır.

Çalışmaya katılanların hemodiyaliz seanslarında karşılaştığı sorunlar incelendiğinde katılımcıların önemli bir çoğunluğu (%77,2) halsizlik, yarısına yakını (%48,5) kas ağrıları, %32,7'si bulantı/kusma ve %31,7'si kaşıntı yaşamaktadır.

Çalışmaya katılanların hemodiyaliz seanslarında genellikle vakit geçirme şekilleri incelendiğinde %58,4'ü uyuyarak, %57,4'ü televizyon izleyerek %35,6'sı diğer hasta ve

yakınlarıyla sohbet ederek, %17,8'i müzik dinleyerek, %5'i diğ r Őekillerde ve %2'si ise kitap okuyarak vakit geçirmektir.

Çalışmaya katılanların %92,1'nin çevresinde hemodiyaliz tedavi süresince hastalığı hakkında açıklama yapan,  onerilerde bulunan kişi yada kişiler bulunmakta iken %7,9'unun çevresinde hastalığı hakkında açıklama yapan,  onerilerde bulunan kişi ya da kişiler bulunmamaktadır. Çalışmaya katılanların önemli bir çoğunluğunda (%82,2) hemodiyaliz tedavi süresince karşılaştığı güçlüklerle ilgili olarak duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için onu anlayan, cesaretlendiren kişi ya da kişiler bulunmakta iken %17,8'inde bulunmamaktadır. Çalışmaya katılanların hemodiyaliz tedavi süresince karşılaştığı güçlüklerle mücadelede en çok destek olan kişiler incelendiğinde %21,8'inin katılımcıların anne-babası, %9,9'unun kardeşleri, %44,6'sının çocukları, %17,8'inin tedavi ekibi ve %5,9'unun ise diğ r kişiler olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılanların %25,7'si hemodiyaliz tedavisi süresince ihtiyaçlarının karşılanması için para, eşya, ilaç, yiyecek, giyecek vb. yardımda bulunan kişi veya kişilere sahip iken %74,3'ünün böyle bir imkanı olmamıştır.

Çalışmaya katılanların %68,3'  hemodiyaliz tedavisi süresince hastalık nedeniyle yerine getirmekte güçlük çekilen sorumlulukları üstlenen ve bu konuda destek sağlayan kişi veya kişilerin bulunduğunu belirmiştir. Katılımcıların %31,7'si ise hemodiyaliz tedavisi süresince hastalık nedeniyle yerine getirmekte güçlük çekilen sorumlulukları üstlenen ve bu konuda destek sağlayan kişi veya kişilerin bulunmadığını ifade etmiştir.

4.1.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Psikolojik Dayanıklılık Durumlarının Yaşam Kalitelerine Olan Etkilerine İlişkin Sonuçlar

Çalışmaya katılanların Fiziksel Fonksiyon düzeyi 34,90 iken Rol Güçlüğü (Fiziksel) düzeyi 22,03, Ağrı düzeyi 43,73, Genel Sağlık düzeyi 32,62, Vitalite düzeyi 41,73, Sosyal Fonksiyon düzeyi 56,68, Rol Güçlüğü (Emosyonel) düzeyi 33,99 ve Mental Sağlık düzeyi ise 42,73'tür. Düzeyleri verilen Yaşam Kalitesi  l eğinin alt boyutları 0-100 puan üzerinden değerlendirilmektedir.

Çalışmaya katılanların Psikolojik Dayanıklılık  l eği düzeyi 3,41 iken Kişisel G   düzeyi 3,15, Yapısal Stil düzeyi 3,06, Sosyal Yeterlilik düzeyi 3,56, Aile Uyumunu düzeyi 3,68 ve

Sosyal Kaynaklar düzeyi ise 3,61'dir. Düzeyleri verilen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları 1-5 puan üzerinden değerlendirilmektedir.

Uygulanan korelasyon analizi sonucunda Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Kişisel Güç alt boyutu puanları ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Genel Sağlık ve Mental Sağlık alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişkiler bulunmaktadır. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Sosyal Kaynaklar alt boyutu puanları ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Mental Sağlık alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

4.1.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerle Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkilere İlişkin Sonuçlar

Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda yaş grupları arasında Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda yaş grupları arasında Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Uygulanan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda kadın ve erkekler arasında Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puanları bakımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Uygulanan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda kadın ve erkekler arasında Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Sosyal Yeterlilik alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p<0,05$). Buna göre kadınların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Sosyal Yeterlilik alt boyutu puanları erkeklerden anlamlı derecede daha fazladır.

Uygulanan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda evli ve bekarlar arasında Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puanları bakımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Uygulanan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda evli ve bekarlar arasında Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda eğitim düzeyleri arasında Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda eğitim düzeyleri arasında Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları puanları bakımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda gelir durumları arasında Fiziksel Fonksiyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p<0,05$). Buna göre gelir durumu 2000 TL üzeri olan kişilerin Fiziksel Fonksiyon puanları gelir durumu asgari ücret olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda gelir durumları arasında Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları puanları bakımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda hemodiyaliz tedavi süresi grupları arasında Ağrı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p<0,05$). Buna göre hemodiyaliz tedavi süreleri 1 yıldan az olan kişilerin Ağrı puanları hemodiyaliz tedavi süresi 10 yıldan fazla olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda hemodiyaliz tedavi süresi grupları arasında Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Aile Uyumı alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p<0,05$). Buna göre hemodiyaliz tedavi süreleri 6-10 yıl olan kişilerin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Aile Uyumı alt boyutu puanları hemodiyaliz tedavi süresi 1-5 yıl olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

4.2. Öneriler

Bu araştırma, hemodiyaliz tedavisi gören KBY hastalarının psikolojik dayanıklılığının yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu ana amaç çerçevesinde analizler ve değerlendirmeler yapılmış olup, araştırmanın sonuçlarına dayanarak aşağıda öneriler sunulmuştur.

-Hemodiyaliz ünitesinde çalışan sosyal hizmet uzmanı kronik böbrek yetmezliği hastalığı ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmalı, kronik hastalığın ve tedavinin neden olduğu biyopsikososyal sorunlar konusunda hastanın ve yakınının gelişim dönemi özelliğine uygun olarak, açık ve sade bir ifadeyle bilgilendirmede bulunmalıdır.

-Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların sosyo-demografik ve hastalık özelliklerini oluşturan değişkenlerin psikolojik dayanıklılığa ve yaşam kalitesine olan etkisi göz önünde bulundurularak çalışmalar yürütülmelidir.

-Hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyum durumları değerlendirilmeli, uyum sağlamaya engel olan faktörler tespit edilmeli ve tedaviye uyumu engelleyen faktörlerin ortadan kaldırılması için disiplinler arası çalışmalar yürütülmelidir.

-Hemodiyaliz tedavisi süresince hastaya en çok hangi aile bireyinin yardım sağladığı tespit edilmeli ve bu yardım ilişkisinin bağımlılık düzeyinde olup olmadığı değerlendirilmelidir. Eğer hastanın aile üyesiyle bağımlı bir ilişki kurduğu anlaşıldıysa hasta ve aile bireyi arasındaki ilişkinin, hastanın kapasitesine uygun sorumluluklar alabileceği ve özgürleşebileceği ilişki tarzına dönüştürülmesi için müdahalede bulunulmalıdır.

-Hemodiyaliz ünitelerinde tedavi gören ve benzer sorunlar yaşayan hastalarla klinik odaklı grup çalışmaları yapılmalıdır. Bu tür çalışmaların hastaların birbirine destek olmasında, sorunlarla baş etmede farklı çözüm yollarının öğrenilmesinde ve hastaların birbirinden güç alarak psikolojik dayanıklılıklarının artırılmasında önemli görülmektedir.

-Hemodiyaliz hastaları aynı zamanda yasal olarak engelli statüsünde yer alan bireylerdir. Bu çerçevede hemodiyaliz hastalarının sosyal ve ekonomik hakları bulunmaktadır. Veri toplama sürecinde araştırmacı tarafından bazı hemodiyaliz hastalarının engelli bir birey

olarak hangi haklara sahip olduğu ve bu haklardan nasıl yararlanabileceği konusunda yeterince bilgi sahibi olmadığı gözlenmiştir. Hemodiyaliz hastalarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanlarının hak temelli yaklaşım çerçevesinde hasta ve ailesine bilgilendirme yapması gerekmekte ve yardım sağlayan kuruluşlarla hastanın bağlantı kurmasında aracı rolde bulunmalıdır. Hemodiyaliz hastalarının devletin sunduğu sosyal yardımlar ve evde bakım maaşı gibi haklardan yararlanması hem hastanın hem ailesinin yaşam kalitesinin yükselmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

-Araştırma bulguları, kadın hastaların psikolojik dayanıklılık ölçeğinin sosyal yeterlilik alt boyut puan ortalamasının erkek hastalarinkinden daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Psikolojik dayanıklılık düzeyi düşük olan hemodiyaliz hastalarıyla çalışma yapılırken, hasta özelinde psikolojik dayanıklılığı etkileyen risk ve koruyucu faktörler tespit edilmeli, risk faktörlerini en aza indirmek için hastayı çevresi içinde ele alarak çalışmalar yapılmalıdır.

-Araştırma bulguları, hastaların büyük çoğunluğunun hemodiyaliz seansları sırasında uyuyarak ve televizyon izleyerek vakit geçirdiğini ortaya koymuştur. Veri toplama sürecinde hastaların büyük çoğunluğu hemodiyaliz seanslarının sıkıcı geçtiğini ifade etmiştir. Bu doğrultuda, hastaların hemodiyalizde geçen zamanlarının rahat, sıkıntısız ve işlevsel bir biçimde geçirmesinde sosyal hizmet uzmanına sorumluluklar düşmektedir. Sosyal hizmet uzmanları hemodiyaliz seansları sırasında hastaların ortak katılım sağlayabileceği, etkileşimi artıracak etkinlikler düzenleyebilir.

-Araştırma bulguları, hastaların hemodiyaliz tedavisi almaya başladıktan sonra iş yaşamında olumsuz yönde değişimlerin olduğunu, düzenli gelir getiren bir işte çalışamadıkları için ekonomik sorunlar yaşadıklarını ve gelir durumu düşük olan hastaların yaşam kalitelerinin de azaldığını göstermektedir. Ekonomik durumlarının iyileştirilmesine ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yönelik, hastaların gönüllü yardım kuruluşlarıyla bağlantılarının kurularak toplumsal kaynaklardan yararlanmaları sağlanmalıdır. Çalışabilecek durumda olan hemodiyaliz hastalarının durumlarına uygun iş bulabilmelerine ve istihdam edilebilmelerine yönelik çalışmalar yapılmalı ve ilgili kurumlar arasında koordinasyon sağlanmalıdır.

-Araştırmaya katılanların küçük bir kısmı hemodiyaliz tedavisi hakkında kendilerini yeterince bilgilendiren kişilerin olmadığını belirtmiştir. Hastaların tedavileri hakkında bilgi sahibi olmaları sorumluluklarını yerine getirmede ve tedaviye uyumu artırmada önemli olduğu düşünülmektedir. Hasta ve ailesine yönelik hastalıkları ve tedavi süreci hakkında bilgi edinmeleri için belli aralıklarla seminerler verilmeli ve bireysel danışmanlık sağlanmalıdır.

-Araştırma bulguları katılımcıların yaklaşık beşte birinin karşılaştıkları güçlüklerle ilgili olarak kendilerini anlayan, cesaretlendiren, duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade etmelerini sağlayan kimsenin bulunmadığını ortaya koymuştur. Bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanı, hasta ve ailesine empatik bir şekilde yaklaşmalı, kendilerini ifade etmelerine fırsat sunmalı ve güçlendirme yaklaşımını temel alarak psikososyal odaklı görüşmeler yapmalıdır.

-Hemodiyaliz ünitesinde çalışan sosyal hizmet uzmanı hastalar hakkında bilgi edinebilmek için hastayı çevresi içinde değerlendirmeli ve çeşitli bilimsel yöntemleri aktif bir biçimde kullanabilmelidir. Kanıta dayalı sosyal hizmet uygulaması çerçevesinde çalışmalar yürütmelidir.

-Hemodiyaliz ünitelerinde hastaların ve ailelerinin karşılaştığı psikososyal ve ekonomik sorunların çözümünde mesleki çalışmalar yürütebilecek sosyal hizmet uzmanları istihdam edilmelidir.

KAYNAKLAR

- Aandroodi, A. Z. (2017). Yaşam kalitesinin yordayıcıları: Türkiye ve İran örneği. (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Acaray, A. ve Pınar, R. (2004). Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1), 1-11.
- Akyol Durmaz, A. (2016). Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 17-33.
- Altıntepe, L., Güney, İ., Türk, S., Tonbul, H. Z. ve Yeksan, M. (2005). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 14(2), 85-89.
- Arat, Z. (2006). Hemodiyaliz hasta ve yakınlarında tükenmişlik sendromu, hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve etkileyen faktörler. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Arık, N ve Dilek, M. (Ed.). (2008). *Nefroloji* (2).İstanbul: Karakter Color A.Ş.Of Social Class and Ethnicity. *FamilyRelations*, 37, 247-254.
- Arkonaç, O., Sarı, N., Erkoç, Ş. (1990). Kronik böbrek yetmezliğinde mizaç ve anksiyete bozukluklarının görülme oranları. 26. *Ulusal Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Yayınlar Kitabı, Cilt 1*, İzmir.
- Asan, T. (2007). Kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hastaların ailelerinin değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi), Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Avcı, K. ve Pala, K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2), 81-85.
- Aydemir Ç., Cebeci S., Göka E., Kasım İ., Tüzer V. (2002). Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar. *Kriz Dergisi*, 10(2), 29-39.
- Aydın, B. (2010). Üniversite öğrencilerinin duygusal zeka ve umut düzeyleri ile psikolojik

- sağlımlıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.
- Aydiner Boylu, A. (2007). Ailelerin yaşam kalitelerini etkileyen bazı objektif ve subjektif göstergelerin incelenmesi. (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Aziz, A. (2015). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri ve teknikleri* (10. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Barker, R. L. (2003). *The social work dictionary* (5 th ed.). Washington: NASW Press.
- Battaloğlu, B. (2007) Kronik böbrek yetmezliği hastalarında etiyolojik değerlendirme. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi), Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Basım, N. ve Çetin, F. (2010). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114.
- Bayraklı, H. (2010). Zihinsel engelli ve engelli olmayan çocuğa sahip annelerde yılmazlığa etki eden değişkenlerin incelenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Beşer, E., Kara, S., Dicleli, T., Günay, O. (2010). Kayseri ilindeki hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi ve ilişkili faktörler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 8: 83-94.
- Beşiroğlu, L., Uğuz, F., Sağlam, F., Yılmaz, E., Ağargün, M.U. ve Aşkın, R. (2007). Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: 5-13.
- Blake, C., CODD, MB., Cassidy, A., O'Meara, YM. (2000). Physical function, employment and quality of life in end stage renal disease. *J Nephrol.* 13(2), 142-149.
- Bonanna, G.A., Galea, S. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5),671-682.
- Boss, P. (2006). *Loss trauma and resilience: rherapeutic work with ambiguous loss*. USA: W. W. Norton & Company.

- Boytel, D. M. (1996). Relation of health related hardiness to health perception and psychosocial adaptation in adult hispanics with chronic hepatitis. CFIU Electronic Theses and dissertations.
- Bozkurt, N. (2003). Kaliteli yaşamın felsefesi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Dergisi*, 2(3), 15-24.
- Brooks, M. V. (2003). Health-related hardiness and chronic illness: A synthesis of current research. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0029-6473.2003.00011.x/pdf>
- Bülbül, A. (2015). Tenis ve basketbol sporcularının psikolojik dayanıklılık düzeyleri incelemesi ve karşılaştırması. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Gedik Üniversitesi, İstanbul.
- Calman, K. (1984). Quality of life in cancer patients, an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
- Cimilli, C. (1994). Hemodiyaliz psikiyatrik yönleri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 3(3), 88-92.
- Cöngel, M. (1996). Hemodiyaliz hastalarında depresyon ve intihar düşüncesini etkileyen faktörlerin araştırılması. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydar Paşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servis Şefliği, İstanbul.
- Çakır, O. (2011). Tam ve kısmi dişsiz hastalarda geleneksel protezler ve implant destekli protezlerin ağız sağlığı yaşam kalitesine ve genel sağlık yaşam kalitesine olan etkileri. (Yayınlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Çakmaklı, K. (1976). *Türkiye’de sağlık hizmetlerinin bütünlenmesinde tıbbi sosyal hizmetin önemi*. Sermet Matbaası: İstanbul.
- Dadalı, Z. (2009). Hemodiyaliz ve prediyaliz hastalarında depresyon ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 13. Psikiyatri Birimi, İstanbul.
- Dane, E. (2015). Hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılık durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. (Yüksek lisans yüksek lisans tezi). Acıbadem Üniversitesi, İstanbul.

- Dane, E. ve Olgun, N. (2016). Hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılık durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1:44-55.
- Demir, M. (2016). Kanser hastası olan kişilerin bağlanma stillerine göre psikolojik dayanıklılıklarının incelenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Demirkıran, S. (2012). Yaşam kalitesi ve sağlık çalışanları. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Doğan, H. (2011). Samsun ili Tekkeköy ilçesinde yaşayan 65 yaş üzeri kişilerin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış doktora tezi). On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Duyan, V., Sayar, Ö.Ö. ve Özbulut, M. (2008). *Sosyal hizmeti tanımak ve anlamak*. Ankara: Öncü Basımevi.
- Ercan, N. (2010). Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Erengin, N., Keçecioglu, N., Güven, M., Sarıkaya, M., Tuncer, M., Özcan, S. ve diğerleri. (1993). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyaliz uygulanan hastaların yetiştirimi, depresyon ve anksiyete yönünden karşılaştırılması. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 3, 137-140.
- Erol, N. (2010). Diyaliz tedavisine başlanmayan kronik böbrek yetmezliği hastaları ile hemodiyaliz tedavisi olan hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Ewans, R.W. Manninen, D.L. Garrison, L.P. Hart, L.G. Blagg, C.R. Gutman, R.A. (1985). The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Engl J Med*, 312(9), 553-559.
- Gizir, C. A. (2005). Psikolojik sağlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk PDR Dergisi*, 28,113-128.
- Goode, D. (1990). *Thinking about discussing quality of life. quality of life perspectives and issues* (Eds: Shalock, R & Begab, M). Washington DC: American Association and Mental Retardation. P:41-58.

- Gökçe, S. (2010). Renal replasman tedavisi alan hastalarda yaşam kalitesi. (Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi.) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul.
- Gölle, F. (2009). Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin sağlık çalışanları ve hastalar tarafından değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Göriş, S. ve Bilgi, N. (2015). Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*.
- Güney, E. (2016). Ebeveynleri Boşanmış ve boşanmamış olan lise öğrencilerinin yılmazlık düzeyleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Gürkan, U. (2006). grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin yılmazlık düzeylerine etkisi. (Yayınlanmamış doktora tezi), Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Hakverdioğlu, G. (2009). İnmeye özgü yaşam kalitesi ölçeğinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. (Yayınlanmamış doktora tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Hiçdurmaz, D. (2005). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların stresle başetme biçimlerinin belirlenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- İçağasıoğlu Çoban, A. (2017). Ailelerin yaşam kalitesinin belirlenmesi: Ankara örneği. (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- Jain, A., Singh, D.C. (2014). Resilience and quality of life in caregivers of schizophrenia and bipolar disorder patients. *Global Journal of Human-Social Science* 14(5), 123-131.
- Kabakaş, B. (2016). Kronik böbrek yetmezliği olup hemodiyaliz alan 20-65 yaş arası bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin, bireylerin mutluluk düzeyleri ve yakın ilişkilerdeki yaşantıları üzerindeki etkisinin incelenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.

- Kaçmaz, N. (2003). Fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarda konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği modeli geliştirme çalışması. (Yayınlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Kan, S. (2006). Kronik böbrek yetmezliğinde erektil disfonksiyon, yaşam kalitesi, depresyon ve uyku kalitesi üzerine sildenafil ve vardenafil'in etkilerinin karşılaştırılması. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Karasar, N. (2015). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Nobel.
- Kaplan, E. (2002). Diyaliz hastalarında progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Kara, B. (2012). Hemodiyalize giren son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda öncelikli bir sorun: Yaşam kalitesi. *TAF PrevMed Bull*, 11(5), 631-638.
- Karadeniz, G., Altıparmak, S., Marul, G., Muslu, H. (2005). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların cinsel yaşama ilişkin yaşadıkları sorunlar ve danışmanlık gereksinimleri, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(2), 29-36.
- Kararımak, Ö. (2007). Investigations of personal qualities contributing to psychological resilience among earthquake survivors: A model testing study. (Yayınlanmamış doktora tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Kaymak, D.A. (2012). Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi ve beslenme durumlarının incelenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Kirby, L.D., Fraser, M.W. (1997). Risk and resilience in childhood. In M.Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood*. (pp. 10-33) Washington, DC: NASW Press.
- Kobasa, S., Maddi, S. R. Ve Kann, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of personality and social psychology*, 42, 168-177.
- Koçer, M. Z. (2006). Hemodiyaliz ve periton diyalizi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam kalitesinin karşılaştırılması. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
- Koçyiğit, H., Ömer, A., Fişek, G., Ölmez, N., Memiş, A. (1999). Kısa form-36 (SF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12:102-106.

- Korkmazer, F. (2018). İş yükü fazlalığı algısının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi: İş-aile çatışmasının aracı rolü. (Yayınlanmamış doktora tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Kumbasar, A. (2016). İşitme engelli ve engelli olmayan çocuklara sahip ailelerde sosyal destek algısı, yılmazlık ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Küçük, L. (2006). Diyaliz hastalarına uygulanan sorun çözme eğitiminin anksiyete, depresyon ve başetme biçimlerine etkisi. (Yayınlanmamış doktora tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Küçükdeveci, A.A., (2005). Rehabilitasyonda yaşam kalitesi. *Türkiye Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 51 (Özel Ek B), 23-29.
- Luthar, S. ve Zigler, E. (1991). Vulner ability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 6-22.
- Lok, P. (1996). Stresor, coping mechanism and quality of life among dialysis patients in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 873-7881.
- Malak, K. (2011). Üniversite öğrencilerinin kendini toparlama gücü ile duygusal zeka düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Manne, S. L., Myers-Virtue, S., Kashy, D., Ozga, M., Kissane, D., Heckman, C., & et al. (2015). Resilience, positive coping and quality of life among women newly diagnosed with gynecological cancers. *Cancer Nursing*, 38(5), 375-382.
- Masten, A. S., Morison, P., Pellegrini, D. Teliegen, A. (1990). Competence understress: Risk and protective factors. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (pp. 236-256). New York Cambridge University Press.
- Mingardi, G., Cornalba, L., Ccortinavis, E., Et Al. (1999). Health related quality of life in dialysis patients. A report from an italian study using the SF-36 Health Survey. *Nephrol Dial Transplant*, 14, 1503-1510.
- Mittal, S.K., Ahern, L., Flaster, E.Maesaka, JK., Fishbane, S. (2001). Self assesed physical and mental function of heamodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 16(7), 1387 1394.

- Mutlu, E. (2007). Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri, sosyal destek kaynakları ve hastalık sürecinin benlik saygısına etkisi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Mutlu, E. ve Duyan, V. (2012). Sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikler ile sosyal desteğin hemodiyaliz hastalarının benlik saygısı düzeyine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 1-38.
- Müezzinoğlu, T. (2004). Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Derneği*, 2004 Güz Dönemi Konuşması. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Manisa
- Okanlı, A. (2005). Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve yaşam doyumu. (Ed. Sedat Özkan) *Konsültasyon Liyezon- Psikiyatrisi Psikiyatrik Tıp* 2002-2004. İstanbul
- Oxford Dictionaries. (2013). *Oxford student's science dictionary*, Oxford: University Press
- Öğülmüş, S. (2001, Mart). Bir kişilik özelliği olarak yılmazlık. 1. Ulusal Çocuk ve Suç Sempozyumu: Nedenler ve Önleme Çalışmaları'na sunulan bildiri, Ankara.
- Öksüz, E. Malhan, S. (2005). *Sağlığa bağlı yaşam kalitesi-Kalitemetri*. Ankara. Başkent Üniversitesi Yayınları.
- Ören, B. (2010). Hemodiyaliz ve periton diyalizi olan hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. (Yayınlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Öz, F. ve Bahadır Yılmaz, E. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 82-89.
- Özatalay, S. (1990). Kronik hemodiyaliz programındaki hastalarda anksiyete. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Özbesler, C. (2013). Hasta yaşam kalitesinde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 12(2): 6-12.
- Özbesler, C. ve İçağasıoğlu Çoban, A. (2010). Hastane ortamında sosyal hizmet uygulamaları: Ankara örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 21(2): 31-46.
- Özcan, Y., Baştürk, M., Aslan, S.S., Utaş, C. (2000). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyaliz uygulanan hastalarda psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 7(4), 333-337.

- Özçürümez, G., Tanrıverdi, N., ve Zileli, L. (2003). Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(1): 72-80.
- Özkan, S. (1993). Kronik böbrek hastalığı ve diyalizde psikiyatrik morbidite. *Psikiyatrik Tıp Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi*, 187-190.
- Patterson, J. M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, 64 237-240.
- Perim, A. (2007). Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısının belirlenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Rocco, D.G., Mercieri, A. Yavuzer, G. (2006). Multidimensional health-status assesment of chronic hemodialysis patients: the impact on quality of life. *Eura Medicophys*, 42, 113-119.
- Royer, A. (1998). *Life with chronic illness: Social and psychological dimensions*. Westport, CT: Praeger Publisher.
- Sağduyu, A. ve Erten, Y. (1998). Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9:13-22.
- Sevim, E. (2018). Kemoterapi alan kanser hastalarının psikolojik dayanıklılık ve umut düzeylerinin belirlenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Sevindik, G. (2017). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) kronik böbrek yetmezliği olan hemodiyaliz tedavisi alan hastaların algılanan aile desteğinin belirlenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Seyahi, N., Ateş, K., Süleymanlar, G. (2017). Türkiye'de renal replasman tedavilerinin güncel durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2015 Yılı Özet Raporu. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26(2):154-160.
- Sezgin, K. (2016). Üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlamlık ve dindarlık düzeylerinin incelenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Dicle Üniversitesi, Diyarbakır.
- Suet- Ching, WL. (2001). The quality of life Hong Kong dialysis patients. *J. AdvNurs*, 35(2): 218-227.

- Şahin, H. (1997). Eski bir kavram yeni bir ölçüt: Yaşam kalitesi. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 12(77): 40-48.
- Şahin, D. (1999). Sağlık psikolojisi. Ülgen H. Okyayüz (ed), *Sosyal destek ve sağlık* (s. 39-78). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Şanlıtürk, D., Ovayolu, N. ve Kes, D. (2018). Hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1(13): 17-23.
- Tan, M., Okanlı, A., Karabulutlu, E. ve Erdem, N. (2004). Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2): 32-39.
- Taşkapan, H., Ateş, H., Kaya, B. (2005). Psychiatric disorders and large weight gain in patients on chronic haemodialysis. *Nephrology*, 10: 15-20.
- Terzi, Ş. (2005). Öznel iyi olmaya ilişkin psikolojik dayanıklılık modeli. (Yayınlanmamış doktora tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (2011). Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi.
- Tian, J. ve Hong, JS. (2014). Assessment of relationship between resilience and quality of life in patients with digestive cancer. *World J Gastroenterol*, 20(48):18439-44.
- Tosun, F. (2014). Evli çiftlerin sahip oldukları değerler, yılmazlık ve çatışma çözme stilleri arasındaki yordayıcı ilişkiler. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Tuğla, Ö., ve Çınar, S. (2006). Kronik periton diyalizi hastalarında diyaliz yeterliliğinin yaşam kalitesine etkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 15-22.
- Tümlü Ülker, G. (2012). Psikolojik dayanıklılık düzeyleri farklı üniversite öğrencilerinin temas engellerinin incelenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Tümlü Ülker, G ve Recepoğlu, E. (2013). Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Yüksek Öğretim ve Bilim Dergisi*, 3(3), 205-213.

- TÜRK-İŞ (2018). “Açlık ve yoksulluk sınırı-Ekim-2018” www.turkis.org.tr. Erişim tarihi: Aralık 2018
- Uçmak, H., Ergün, G. U., Çelik, M., Ekerbiçer, H. Ç., Korkuoğlu, Ö. F., Güler, S., Bağcıoğlu, E. ve Kuzhan, N. (2007). İnaktif HbsAg taşıyıcılarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Viral Hepatit Dergisi*, 12(1): 5-13.
- Utaş, C. ve Akpolat, T. (2001). Hemodiyaliz hekimi el kitabı. (ed. Tekin Akpolat, Cengiz Utaş). *Böbrek yetmezliği: Genel bilgiler*. (İkinci Baskı). Kayseri: Anadolu Yayıncılık.
- Uzun, Ş., Kara, B. ve İşcan, B. (2003). Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda uyku sorunları. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 12(1), 61-76.
- Ünal, G. ve Bilge, A. (2005). Hemodiyaliz tedavisindeki son dönem böbrek yetmezlikli hastaların ruhsal durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi*. 44(1), 35-38.
- Ünlüoğlu, G., Özden, A. ve İnce, E. (1997). Diyaliz hastalarının bilgilendirilme gereksinimleri. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 3-4, 125-130.
- Ünüvar, A. (2012). Gerçeklik kuramına dayalı psiko-eğitim programının lise öğrencilerinin denetim odağı ve yılmazlık düzeyi üzerindeki etkisinin incelenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Üstün, M.E. ve Karadeniz, G. (2006). Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1), 33-43.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience* (2 nd ed.). New York: Guilford Publications.
- Yalçın, E. (2018). Hemodiyaliz hastalarının beslenme durumunun saptanması ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Yavuz, D., Yavuz, R. ve Altunoğlu, A. (2012). Hemodiyaliz hastalarında görülen psikiyatrik hastalıklar. *Türk Tıp Dergisi*, 6(1), 33-36.

- Yeşil, S. (2011). Kronik böbrek yetmezlikli ve hemodiyalize giren hastalarda ağrı değerlendirmesi. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Yılmaz Girgin, A. (2014). Hemodiyaliz ve periton diyaliz hastalarında depresyon, kaygı, benlik saygısı ve sosyal uyumun değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Yılmaz, H. ve Sipahioğlu, Ö. (2006). Farklı risk gruplarındaki ergenlerin psikolojik sağlamlıklarının incelenmesi. *İlköğretim Online*, 11(4), 927-944.
- Yurtsever, S. ve Bedük, T. (2003). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2: 3-11.
- Yüksel, S.(2007). Tip 1 ve Tip 2 diyabetik hastaların uyku kalitesi, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi. Afyon.
- Zengin, O. (2015). Çözüm odaklı kısa süreli hizmet müdahalesinin kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikososyal uyum düzeylerine etkisi. (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Zengin, O. (2016). Nefrolojik sosyal hizmet: Kronik böbrek yetmezliğinde sosyal hizmet müdahalesi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 1-6.
- Zengin, O. ve Yıldırım, B. (2017). Hemodiyaliz hastalarının psikososyal sorunlarına ilişkin algıları. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26(1): 67-73.

EKLER

EK-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Sizden katılmanızı istediğimiz Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikolojik Dayanıklılığın Yaşam Kalitesine Etkisi isimli araştırma Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi olan Gizem SOYLU tarafından, Prof. Dr. Arzu İÇAĞASIOĞLU ÇOBAN'ın tez danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tez araştırmasıdır.

Bu araştırmada hemodiyaliz tedavisi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesine etkisinin ortaya konulması hedeflenmiştir. Bu aşamada size bazı sorular sorulacaktır. Bu sorulara içtenlikle cevap vermeniz beklenmektedir. Sizden aldığımız yanıtlar bu araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır.

Araştırmada gizliliğin sağlanması için, bu formun üzerine adınızı ve diğer kişisel bilgilerinizi yazmayınız.

Tezi Hazırlayan

Gizem SOYLU

EK-2 Anket Formu

BÖLÜM I SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BİLGİLER

1.Yaşınız

.....

2.Cinsiyetiniz nedir?

☐ Kadın ☐ Erkek

3.Medeni durumunuz nedir?

☐ Evli ☐ Bekâr ☐ Boşanmış ☐ Diğer

4.Eğitim düzeyiniz nedir?

☐ Okur- yazar değil

☐ Okur-yazar

☐ İlköğretim

☐ Lise

☐ Üniversite

☐ Lisansüstü/Doktora

5.Mesleğiniz nedir?

☐ Memur

☐ İşçi

☐ Kendi hesabına çalışıyor

☐ Ev hanımı

☐ Emekli

☐ İşsiz

6. Hemodiyaliz tedavisi almaya başladıktan sonra iş yaşamınızda ne tür değişiklikler meydana geldi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐ Malulen emekli oldum

☐ İşsiz kaldım

☐ Meslek değiştirmek zorunda kaldım

☐ Çalışma saatlerimde değişiklik oldu

☐ Tedaviden önce çalışmıyordum

☐ Ev hanımıyım, ev işlerini yürütmekte zorlandım

☐ Diğer

7.Çocuğunuz var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

8. Eğer çocuğunuz varsa yaşlarını yazar mısınız?

1. Çocuk Yaş ____ 2. Çocuk Yaş ____ 3. Çocuk Yaş ____ 4. Çocuk Yaş ____

9. Gelir durumunuz nedir?

☐ Asgari ücret

☐ 1605-2000

☐ 2000-3000

☐ 3000 ve üzeri

10. Sosyal güvenceniz nedir

☐ SSK

☐ BAĞ-KUR

☐ Emekli sandığı

☐ Yeşil kart

☐ Sosyal güvencem yok

☐ Diğer.....

11. Hanede kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

☐ Eşim ve ben

☐ Eşim ve evlenmemiş çocuklarım

☐ Eşim ve evli çocuklarım, torunlarım

☐ Baba/Anne, Kayınvalide/Kayınpeder gibi birinci derece akrabalarım

☐ Yalnız yaşıyorum

☐ Diğer.....

BÖLÜM II HEMODİYALİZ SÜRECİNE İLİşKİN BİLGİLER

12. Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi almaktasınız?

.....

13. Haftada kaç gün hemodiyaliz tedavisi almaktasınız?

☐ Bir

☐ İki

☐ Üç

☐ Diğer

14. İlaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bazen kullanmıyorum

15. Tedavi ekibince (doktor, hemşire, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, psikolog) önerilere uyuyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bazen uymuyorum

16. Hemodiyaliz seansını sizin için önerilen süreden önce terk ettiğiniz oluyor mu?

☐ Evet ☐ Hayır

17. Diyet konusunda sorun yaşıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

18. Damar ulaşım yolu ile ilgili sık sık sorun yaşar mısınız? (fistül, katater)

☐ Evet ☐ Hayır

19. Hemodiyaliz seanslarında aşağıdakilerden hangisi ile sık sık karşılaşırsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐ Kas ağrıları

☐ Bulantı, kusma

☐ Kaşıntı

☐ Halsizlik

20. Hemodiyaliz seanslarında genellikle vaktinizi nasıl geçirirsiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐ Uyuyarak

☐ Diğer hasta ve yakınlarıyla sohbet ederek

☐ Televizyon izleyerek

☐ Müzik dinleyerek

☐ Kitap okuyarak

☐ Diğer

21. Hemodiyaliz tedavisi süresince size hastalığınız hakkında açıklama yapan, önerilerde bulunan kişi veya kişiler var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

22. Hemodiyaliz tedavisi süresince karşılaştığınız güçlüklerle ilgili olarak duygu ve düşüncelerinizi ifade etmeniz için sizi anlayan, cesaretlendiren kişi veya kişiler var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

23. Hemodiyaliz tedavisi süresince karşılaştığınız güçlüklerle mücadele etmenize en çok kim destek olur?

☐ Anne-babam

☐ Kardeşlerim

☐ Çocuklarım

☐ Tedavi ekibi

☐ Diğer

24. Hemodiyaliz tedavisi süresince ihtiyaçlarınızın karşılanması için size para, eşya, ilaç, yiyecek, giyecek gibi yardımda bulunan kişi veya kişiler var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

25. Hemodiyaliz tedavisi süresince hastalığınız nedeniyle yerine getirmekte güçlük çektiğiniz sorumlulukları (çocuk bakımı, yemek yapma, fatura ödeme, alış-veriş yapma gibi) üstlenen ve size bu konuda destek sağlayan kişi veya kişiler var mı?

() Evet () Hayır

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
--------------------------------	------------------------------	----------------------------

Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler

Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler

Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma

Merdivenle çok sayıda kat çıkma

Merdivenle bir kat çıkma

Eğilme veya diz çökme

Bir iki kilometre yürüme

Birkaç sokak öteye yürüme

Bir sokak öteye yürüme

Kendi kendine banyo yapma veya giyinme

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
b) Biraz etkiledi
c) Orta derecede etkiledi
d) Oldukça etkiledi
e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşündünüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
b) Biraz etkiledi
c) Orta derecede etkiledi
d) Oldukça etkiledi
e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüznü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

a) Her zaman b)Çoğu zaman c) Bazen d)Nadiren e) Hiçbir zaman

Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

81

11. Ailemle birlikteyken kendimi ...hissederim	
Çok mutlu	Çok mutsuz
12. Beni ...	
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	
Olduğuna çok inanırım	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ...olduğunu hissediyorum	
Ümit verici	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...	
Zamanımı planlama	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ...bir şeydir	
Kolayca yapabildiğim	Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	
Birbirinden bağımsız	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...	
Zayıftır	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	
Çok fazla güvenmem	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	
Belirsizdir	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	
Günlük yaşamımda yoktur	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	
Benim için zordur	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	
Geleceğe pozitif bakar	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	
Bana hemen haber verilir	Bana söylenmesi bir hayli zaman
25. Diğerleriyle beraberken	
Kolayca gülerim	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	
Birbirlerini desteklemez	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	
Arkadaşlarımdan/aile	Hiç kimseden

28. Zor zamanlarda ...eğilimim vardır	
Her şeyi umutsuzca gören bir	Beni başarıya götürebilecek iyi bir
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	
Zordur	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	
Bana yardım edebilecek kimse	Her zaman bana yardım edebilen
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	
Başa çıkmaya çalışırım	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	
İşleri bağımsız olarak yapmayı	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...	
Yeteneklerimi beğenirler	Yeteneklerimi beğenmezler

EK-3 Başkent Üniversitesi Etik Kurul Onayı



* 8 8 2 1 3 8 5 4 8 *

Sayı : 62310896-600/ 36925
Konu : Gizem Soylu'nun Tez Önerisinin Etik
Onaya Sunulması Hk.

18/10/2018

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 28/09/2018 tarih ve 34067 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gizem Soyulu'nun, Prof. Dr. Arzu İpeçoğlu Çoban danışmanlığında yürütmüş olduğu "Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikolojik Dayanıklılığının Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması kapsamında yapmayı planladığı araştırma, Sosyal ve Beşeri Bilimler ve Sanat Araştırma Kurulunda değerlendirilmiş ve bilgilerinize ekte sunulmuştur.

e-imzalıdır
Prof. Dr. M. Abdülkadir VAROĞLU
Kurul Başkanı

Ek : Değerlendirme Formu

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Görsel Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Bekir Ünvanlı Başka Kimlik Fikri Saita Mehmet Kayaşlı Yolu 18. Km. 06190
Etiler/Beşiktaş/İstanbul

Correspondence: J.A.K.A.1984@gmail.com
 Birth Tel/Fax No: 0 212 246 67 43
 E-Post: ak@jakaart.edu.tr

File No: 0312 246 60 05
Internet Address: www.taskeent.com.tr

Big Light Garage SONDA Y
Umwelt Koordinator
Telefon Nr. 242 55 66 r 2075



EK-4 Hatay İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyon Kararı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HATAY İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

PROJE ÇALIŞMASI/BİLİMSEL ARAŞTIRMA İNCELEME KOMİSYON KARARI

Araştırma/Tez/Proje Konusu	"Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikolojik Dayanıklılığının Yaşam Kalitesine Etkisi"
Çalışmanın Yapılacağı Hastane/Kurum	İskenderun Devlet Hastanesi
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisans Tezi
Eğitim Kurumu/Üniversitesi	Bağkent Üniversitesi
Proje Çalışmasını Yapan Danışman Öğretim Üyesi	Prof. Dr. Arzu İÇAĞASBOĞLU ÇOBAN

KARAR: "25.02.2013 tarih ve 1591 sayılı Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge" gereği, Sağlık Bakanlığı Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'nün Proje Çalışması/Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyonu Müdürlüğümüze intikal eden Klinik/Proje Çalışmalarını değerlendirmek üzere 24.10.2018 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Bağkent Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı öğrencisi Gizem SOYLU'nun "Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikolojik Dayanıklılığının Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez çalışması değerlendirilmiş olup, Müdürlüğümüze bağlı İskenderun Devlet Hastanesinde yürütmesi uygun görülmüştür.

Komisyon Başkanı
Uzm. Dr. Ali PEKMEZCİ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

Üye
Dr. Selçuk ÖNTÜRK
Başkan Yardımcısı

Üye
Dt. Gökçe Tuba DENİZ
Başkan Yardımcısı

Üye
Mehmet DÖNER
Uzman

Üye
Ummahan ÖZAYDIN
Uzman

ONAY
...../2018
Dr. Sebahattin YILMAZ
İl Sağlık Müdürü

ADRES: Odunbasi Mah. Eski SSK Binası ANTAKYA/HATAY

Tel No : 0 (326) 290 11 41 Dahili: 1136 Fax : 0(326) 290 11 30

E-MAIL: hatayisn@gmail.com

Bilgi İçin: F. TIRYAKI

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Gizem SOYLU

Doğum Yeri Ve Tarihi : HATAY/ 19.06.1992

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Başkent Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü (2010-2015)

Yüksek Lisans Öğrenimi : Başkent Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı (2015-2018)

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

İş Deneyimi

Stajlar : TürkKızılayı (2013-2014)

Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Ankara İl Müdürlüğü (2014)

Ümitköy Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezi (2014-2015)

Rota Çocukları Anaokulu (2015-2016)

Çalıştığı Kurumlar : İskenderun Devlet Hastanesi-Sosyal Hizmet Uzmanı (2017-)

İletişim

E-Posta Adresi: : gizemsoylu19@gmail.com

Tarih : Aralık 2018