

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

UMUT ODAKLI MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN
HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN
BİREYLERİN DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES VE
UMUT DÜZEYİNE ETKİSİ

Şerife Bilge DURAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2023-ANTALYA

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

**UMUT ODAKLI MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN,
HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN
BİREYLERİN DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES VE
UMUT DÜZEYİNE ETKİSİ**

Şerife Bilge DURAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. İlkay KESER

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2023-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programında Y¼ksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

.../...../.....

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. İlkey KESER
Akdeniz Üniversitesi

¼ye : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOğLU
Akdeniz Üniversitesi

¼ye : Dr. Öğr. Üyesi Sibel AYNAK
Antalya Bilim Üniversitesi

Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Melike CENGİZ

Enstit¼ M¼d¼r¼

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Şerife Bilge DURAN

İmza

Doç. Dr. İlkay KESER

İmza

TEŞEKKÜR

Eğitim hayatımda bana güvenip beni destekleyen, motive eden, bana umudu öğreten, zorlandığım anlarda ışıyla yolumu aydınlatan, bilgisini benden esirgemeyen, emeğini, inancını, sevgisini kalbimde hissettiğim, her zaman örnek aldığım çok değerli danışman hocam Doç. Dr. İlkey Keser'e

Hemodiyaliz kliniğinde tedavi gören ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara ve hemodiyaliz ünitesinde çalışan tüm sağlık profesyonellerine,

Eğitim hayatım boyunca bana 'bir harf' bile olsa bilgisini esirgemeyip emek veren tüm öğretmenlerime, lisans ve lisansüstü eğitimimde gelişmeye katkı sunan tüm hocalarıma,

Yüksek lisans eğitimimin her aşamasında destek sağlayan Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Tezimin istatistiksel analiz aşamasında destek olan Akdeniz Üniversitesi İstatistik Danışmanlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden Öğr. Gör. Dr. Deniz Özel'e

Tez sürecimde manevi desteklerini hiç esirgemeyen ve bana olan inançlarını her zaman hissettiren meslektaşlarıma,

Benim 'ben' olmamı sağlayan, yaşamımdaki ilk umut ışığım, büyük zorluklar karşısında dik duruşuyla tanıdığım en güçlü kadın olan, hakkını ödeyemeyeceğim anneme, her zaman desteğini esirgemeyen ablama ve dünya tatlısı yeğenlerime,

Yanında gülüp, ağlayabildiğim, tüm anlarımda yanımda olan, tez aşamamda beni motive eden dostlarıma ve

Her alanda olduğu gibi bilim alanında da kadınların yer almasını, söz sahibi ve üretken olmasını sağlayan, Ulu Önder Gazi Mustafa Kemal Atatürk'e sonsuz teşekkür, saygı, minnet ve şükranlarımı sunarım.

ÖZET

Amaç: Umut odaklı motivasyonel görüşmenin hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin depresyon, anksiyete, stres ve umut düzeyine etkisini saptamaktır.

Yöntem: Bu çalışma ön test, son test ve izlem deseninde tasarlanmış, tek kör randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde tedavi gören 70 birey, örneklemine ise katma dışlama kriterlerine uyan 23 müdahale, 23 kontrol olmak üzere 46 birey oluşturmuştur. Çalışmanın klinik kayıt numarası NCT04927923'tür. Araştırmanın verileri, sosyodemografik veri formu, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS 21), Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) kullanılarak, Ağustos 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında elde edilmiştir. Müdahale grubuna sekiz hafta boyunca, haftada bir gün, 45- 60 dakika süren umut odaklı motivasyonel görüşme yapılmıştır. Uygulamanın tamamlanmasını takip eden birinci ayın sonunda izlem değerlendirilmesi yapılmıştır. Kontrol grubuna rutin tedavisinin dışında herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Araştırma sonucunda, 22 müdahale ve 22 kontrol olmak üzere 44 bireyin verileri analiz edilmiştir. Analiz, SPSS 23.0 programında, Mann-Whitney U testi, T testi, MANOVA ve Ki-Kare testleri kullanılarak yapılmıştır. Analizlerde farklılıkların belirlenmesi için %95 anlamlılık düzeyi (ya da $\alpha=0.05$ hata payı) kullanılmıştır.

Bulgular: Umut Odaklı Motivasyonel Görüşme sonrası müdahale grubundaki bireylerin depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamalarında azalma olduğu, umut puan ortalamasında artış olduğu ve bu değişimlerin kontrol grubundaki bireylere göre anlamlı bir farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Umut odaklı motivasyonel görüşmenin hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini azaltmada ve umut düzeylerini arttırmada etkili bir müdahale olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalıkların psikososyal bakımında, umut odaklı motivasyonel görüşmeye yer verilmesi, farklı hasta gruplarında uygulanarak yararlılığının değerlendirilmesi, kullanımının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: umut odaklı motivasyonel görüşme, depresyon, anksiyete, stres, konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği

ABSTRACT

Objective: The study is to determine the effect of hope-focused motivational interviewing on the depression, anxiety, stress, and hope levels of individuals with hemodialysis treatment.

Method: This study is a single-blind randomized controlled trial designed in a pre-test, post-test, and follow-up design. The population of the study consisted of 70 individuals who were treated in the Akdeniz University Hospital Hemodialysis Unit, and the sample consisted of 46 individuals, who met the added exclusion criteria. The clinical registration number of the study is NCT04927923. The study data were obtained between August 2021 and February 2022 using the Socio-demographic Data Form, the Depression-Anxiety-Stress Scale, and the Dispositional Hope Scale. A hope focused motivational interview was conducted with the intervention group for eight weeks, once a week, lasting 45-60 minutes. The control group received no intervention other than routine treatment. As a result of the research, the data of 44 individuals, 22 of which were interventions and 22 of which were controls, were analyzed. The analysis was performed using the Mann-Whitney U test, T-test, MANOVA and Chi-Square tests in the SPSS 23.0 program. 95% confidence interval (or $\alpha=0.05$ margin of error) was used to determine the differences in the analyses.

Results: It was determined that the depression, anxiety, and stress mean scores of the individuals in the intervention group after Hope-Focused Motivational Interview decreased, there was an increase in the mean hope score, and these changes created a significant difference compared to the individuals in the control group ($p<0.05$).

Conclusion: Hope focused motivational interview is an effective intervention in reducing depression, anxiety and stress levels and increasing hope levels of individuals with hemodialysis treatment. It is recommended to include hope focused motivational interview in the psychosocial care of chronic diseases, to evaluate its usefulness by applying it to different patient groups, and to expand its use.

Key words: hope focused motivational interview, depression, anxiety, stress, consultation liaison psychiatric nursing

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	
SİMGELER ve KISALTMALAR	
1.GİRİŞ	1
1.1 Problemin tanımı	1
1.2. Araştırmanın ve hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik böbrek yetmezliği	3
2.2 Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde biyopsikososyal semptomlar	3
2.3. Umut kavramı	8
2.4. Umut kuramı	9
2.5. Motivasyonel görüşme	14
2.6. Umut terapisi, motivasyonel görüşme ve ümit aşılama girişiminin benzerlikleri	17
2.7. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin yaşadıkları psikososyal semptomları yönetmede KLPH'nin rolü	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın tipi	22
3.2. Araştırmanın yeri ve zamanı	22
3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme	22
3.3.1. Örneklem büyüklüğünün hesaplanması	23
3.3.2. Araştırmanın dahil etme, dışlama ve çıkarılma kriterleri	23
3.3.3. Randomizasyon ve körleme	29
3.3.4. Güç ve etki büyüklüğü	31
3.4. Araştırmanın değişkenleri	31
3.5. Veri toplama araçları	32

3.5.1. Sosyodemografik veri formu	32
3.5.2. Depresyon anksiyete stres ölçeği (DASS 21)	32
3.5.3. Sürekli umut ölçeği (SUÖ)	33
3.6. Uygulama	35
3.6.1. Umut odaklı motivasyonel görüşme (UOMG) planı	36
3.6.2. Umut ağacı	37
3.7. Araştırmanın uygulama aşamaları	37
3.7.1. Araştırmacının hazırlığı	37
3.7.2. Ön uygulama aşaması	37
3.7.3. Uygulama aşaması	38
3.8. Verilerin analizi	38
3.9. Araştırmanın etik boyutu	40
3.10. Araştırmanın sınırlılıkları, güçlükleri ve güçlü yönleri	40
3.10.1. Araştırmanın sınırlılıkları	40
3.10.2. Araştırmanın güçlükleri	40
3.10.3. Araştırmanın güçlü yönleri	40
4. BULGULAR	42
4.1. Bireylerin depresyon puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması	42
4.2. Bireylerin anksiyete puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması	45
4.3. Bireylerin stres puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması	48
4.4. Bireylerin umut puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması	51
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
KAYNAKLAR	62

EKLER

79

Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu

Ek 2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS 21)

Ek 3. Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ)

Ek 4. Ölçek Kullanım İzinleri

Ek 5. Umut Odaklı Motivasyonel Görüşme (UOMG) Planı

Ek 6. Umut Ağacı

Ek 7. Konu ile ilgili alınan eğitimler

Ek 8. Etik Kurul Onamı

Ek 9. Kurum Onayı

Ek 10. Bilgilendirilmiş Onam Formu

ÖZGEÇMİŞ

115

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırmanın örneklem seçim kriterleri	23
Tablo 3.2. Bireylerin sosyodemografik özellikleri	24
Tablo 3.3. Hastalığa ilişkin özellikler	26
Tablo 3.4. Bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları zorlanmalar	28
Tablo 3.5. Güç ve etki büyüklüğü	31
Tablo 3.6. Araştırmanın bağımlı, bağımsız ve kontrol değişkenleri	31
Tablo 3.7. Ölçüm araçlarının cronbach alpha güvenilirlik katsayıları	34
Tablo 3.8. Araştırmada kullanılan istatistik yöntem ve alanlar	39
Tablo 4.1. Bireylerin depresyon puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması	44
Tablo 4.2. Bireylerin anksiyete puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması	47
Tablo 4.3. Bireylerin stres puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması	50
Tablo 4.4. Bireylerin umut puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması	54

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Umut teorisinde alternatif yollar/ eyleyici ve hedefe yönelik düşünceleri içeren ileri ve geri oluşabilecek fonksiyonların şeması	11
Şekil 2.2. Umut terapisinin ilkeleri	12
Şekil 2.3. Motivasyonel görüşme özellikleri	15
Şekil 2.4. Umut terapisi, motivasyonel görüşme ve ümit aşılama girişiminin benzerlikleri	19
Şekil 3.1. Randomizasyon	29
Şekil 3.2. CONSORT akış diyagramı	30
Şekil 3.3. Araştırmanın uygulama süreci	35
Şekil 4.1. Bireylerin depresyon puan ortalamalarındaki değişim	44
Şekil 4.2. Bireylerin anksiyete puan ortalamalarındaki değişim	47
Şekil 4.3. Bireylerin stres puan ortalamalarındaki değişim	50
Şekil 4.4. Bireylerin alternatif yollar düşüncesi puan ortalamalarındaki değişim	55
Şekil 4.5. Bireylerin eyleyici düşünce puan ortalamalarındaki değişim	55

SİMGELER ve KISALTMALAR

BDT	: Bilişsel - Davranışçı Terapi
DASS-21	: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
GFH	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	: Hemodiyaliz
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KLPH	: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği
NANDA	: Hemşirelik Tanıları Sınıflaması
NIC	: Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması
NOC	: Hemşirelik Sonuç Kriterleri Sınıflaması
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SPSS	: Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi
SUÖ	: Sürekli Umut Ölçeği
UOMG	: Umut Odaklı Motivasyonel Görüşme

1. GİRİŞ

1.1 Problemin tanımı

Ülkemizde 3,5 milyonu aşkın böbrek yetmezliği tanısı alan birey yer almaktadır. Böbrek yetmezliği tanısına yönelik renal replasman tedavileri (RRT) arasında en çok tercih edilen yöntem hemodiyaliz (HD)'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği, 2022). Bu tedavi yöntemiyle, Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) tanılı bireylerin yaşam sürelerini uzatmak amaçlanmaktadır (Kara, 2012; Ortiz ve ark., 2014). Tedavi sürecinde bireyler, tedavi süresinin uzun olması, çeşitli semptomların gelişebilmesi, düzenli olarak hastaneye gelme zorunluluğunun olması gibi nedenlerden dolayı psikososyal zorlanmalar yaşamaktadırlar (Rojas, 2017). Psikososyal zorlanmalar değerlendirildiğinde, tedavi süreçleri boyunca başka bir bireye bağımlı olmaları, rol kayıpları yaşamaları, aile içi sorunların oluşması, ekonomik güçlükler ve enfeksiyon riskine bağlı olarak toplumdan izole bir yaşam sürdürmek zorunda kalmaları gibi durumlar, söz konusu psikososyal zorlanmalara neden olan faktörler arasında yer almaktadır (Keçecioglu ve ark., 2008; Duran ve Güngör, 2015; Rojas, 2017). HD tedavisi alan bireylerde en sık karşılaşılan semptomlar; depresyon (Ravaghi ve ark., 2017), sosyal yaşamın kısıtlanması (Okanlı ve Karabulutlu, 2011), bağımsızlığını kaybetme kaygısı (Özcan ve ark., 2000), anksiyete (El Filali ve ark., 2017) ve umutsuzluktur (Başaran ve ark., 2016). Bireylerin bu semptomlarla baş etmeleri ve tedaviye uyumlarını kolaylaştırmak için tedavi ve bakım sürecinde önemli bir role sahip olan hemşireler, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği (KLPH) uygulamaları kapsamında psikoterapötik müdahaleler uygulamaktadırlar. Uluslararası literatürde, HD tedavisi alan bireylere, Roy'un adaptasyon modeline temellendirilmiş psikoeğitim programı, (Afrasiabifar ve ark., 2013), pozitif düşünme eğitimi (Sabouri ve ark., 2023), mutluluk programı (Mehrabı ve ark., 2017), bilişsel davranışçı terapi (Lerma ve ark., 2017), motivasyonel görüşme (Dashtidehkordi ve ark., 2018) ve umut terapisi (Rahimipour ve ark., 2015) gibi müdahalelerin hemşireler tarafından uygulandığı belirtilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise, motivasyonel görüşme (Ok ve Kutlu, 2021), müzik terapisi (Melo ve ark., 2018) ve sanal gerçeklik oyun uygulaması (Ersoy, 2022)'nin hemşireler tarafından HD tedavisi alan bireylere

psikososyal müdahaleler kapsamında uygulandığı görülmüştür. Ülkemizde umut terapisinin hemodiyaliz tedavisi alan bireylerle yapılan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kronik bir hastalık olması nedeniyle birçok psikososyal semptomun görülme olasılığı yüksek olan HD tedavisi alan bireylerin, ruh sağlığını koruma ve geliştirmede, umudun ve motivasyonun desteklemesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Motivasyonel görüşme umut terapisi ve hemşirelik girişimleri sınıflamasında (NIC) yer alan ve umudu arttırmaya yönelik yapılan “ümit aşılama” girişimi birlikte değerlendirilmiş ve benzerlik tespit edilmiştir. Benzerlik gösteren başlıca ilkeler “müdahale sırasında kurulan hemşire ve birey arasındaki terapötik ilişkinin sürecin temelini oluşturması”, “müdahaleler sırasında empatik yaklaşım ve saygının vazgeçilmez olması”, “bireyin farkındalığını arttırarak ulaşılmak istenen hedefe ulaşması için desteklenmesi”dir (Snyder, 2000; Ögel, 2009; Bulechek ve ark., 2017). Bu benzer özelliklerinden yararlanılarak çalışmada umut terapisinin, motivasyonel görüşmenin ve ümit aşılama girişiminde yer alan müdahalelerin temel alınarak oluşturulan Umut Odaklı Motivasyonel Görüşmenin (UOMG), KLPH uygulamaları kapsamında uygulanmasının etkili bir müdahale olacağı öngörülmüştür. Bu bağlamda çalışma, umut odaklı motivasyonel görüşmenin hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin depresyon, anksiyete, stres ve umut düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

1.2. Araştırmanın hipotezleri

H₁₁: Umut odaklı motivasyonel görüşme yapılan hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin depresyon puan ortalamaları, kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H₁₂: Umut odaklı motivasyonel görüşme yapılan hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin anksiyete puan ortalamaları, kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H₁₃: Umut odaklı motivasyonel görüşme yapılan hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin stres puan ortalamaları, kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H₁₄: Umut odaklı motivasyonel görüşme yapılan hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin umut puan ortalamaları, kontrol grubuna göre daha yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik böbrek yetmezliği

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), “Glomerüler filtrasyon hızı (GFH)’nın üç ayı aşkın süreyle 60 ml/dk/1.73m²den düşük olması sebebiyle böbrekte hasar bulunması” olarak tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Böbrek hasarı belirteçleri arasında, albüminüri, idrar sedimenti anormalliği, tübüler bozukluğa bağlı elektrolit bozukluğu, histolojik anormallik, yapısal anormallik ve böbrek nakil öyküsü yer almaktadır (Qiu ve ark., 2017). Ülkemizde 3,5 milyonu aşkın bireyin böbrek yetmezliği tanısı bulunmakta ve bu sayının yıllık %5’lik artış hızına sahip olması sebebiyle 2030 yılında 5,5 milyon olması öngörülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). KBY tanılı bireylerin GFH’ı 15 ml/dk/1.73 m²’nin altına inmesi sonucu, bireyler son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tanısı alırlar. SDBY’nin oluşumuna zemin hazırlayan hastalıklar ise, diyabet, hipertansiyon ve glomerülonefrittir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). SDBY tanılı bireyler renal replasman tedavisi (RRT) olarak yaşamlarına devam etmektedir (Tanrıverdi ve ark., 2010). Renal replasman tedavisinde, hemodiyaliz (HD), periton diyalizi ve renal replasman bulunmaktadır (Güner, 2021). Ülkeler arasında bazı farklılıklar olmakla beraber, en yaygın kullanılan diyaliz yöntemi, HD tedavisidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). HD tedavisinde, bireye vasküler giriş yolu için arteriyovenöz greftler ve fistül kullanılır (Çetin ve ark., 2018). Tedavide bireyden alınan kan makineden geçirilerek, üre gibi atık maddelerden temizlenir, sıvı ve elektrolitler düzenlenir ve bireye geri verilir (Hintistan ve Deniz, 2018). Böylece HD tedavisi ile KBY belirti ve bulgularını kontrol altına almak, bireylerin yaşam sürelerini uzatmak, mortalite ve morbitide oranlarını azaltmak hedeflenmektedir (Orak ve ark., 2017; Hintistan ve Deniz, 2018).

2.2 Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde biyopsikososyal semptomlar

T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği’nin yayınladığı son verilere göre, ülkemizde RRT başlanan bireylerin çoğunluğu (%74,86’i) HD tedavisi almaktadır. HD tedavisi gerektiren SDBY’nin, prevelansının erkeklerde daha yüksek olduğu ve yaşla birlikte arttığı belirlenmiştir. SDBY etiyolojisinde en fazla diyabetes mellitus tanısı yer

almaktadır (%35,54). Hemodiyaliz alma süresinin en yüksek olduğu yıl aralığı bir ile beş yıldır (%56,54). SDBY tanısı almış bireylerde kardiyovasküler (%33,79) hastalıklar, enfeksiyon ve malignitenin yanı sıra bireyin diyalize girmeyi reddetmesi de (%0,28) ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Ölüm yaşlarının bulunduğu verilere bakıldığında 45-64 yaş %26,16 ve 65-74 yaş %39,9'dur. 45 yaş ve üzeri ölümlerde hızlı artış görülmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği, 2022).

SDBY sonucunda ortaya çıkan semptomların yönetilmesinde HD tedavisi kullanılırken, tedavi süreci boyunca birçok farklı komplikasyon ortaya çıkabilmektedir. Bireylerin sıklıkla deneyimlediği fizyolojik semptomlar bulantı, kusma (Akyol ve ark., 2022), iştahsızlık (Fleishman ve ark., 2020), kuru cilt, kaşıntı, kserozis ve pruritis gibi cilt lezyonlarının varlığı (Altun, 2022), kemik eklem ve baş ağrısı (Akgöz ve Arslan, 2017), kardiyak aritmi (Kalkan ve ark., 2022), diyare, konstipasyon (Fleishman ve ark., 2020; Alkın ve Özer, 2022), ödem, nefes darlığı (Almutary ve ark., 2016), huzursuz bacak (Fleishman ve ark., 2020) ve cinsel işlev bozukluğudur (Göriş ve ark., 2016). Belirtilen semptomların varlığı nedeniyle halsizlik, uykusuzluk (Flythe ve ark. 2015) ve yorgunluk da gözlenebilmektedir (Güler ve ark., 2022).

Tedavi ile yaşanan fizyolojik semptomlara ek olarak haftada üç gün diyaliz tedavisi için gelmek, makineye bağlı kalmak, makinenin alarm seslerini duymak ve klinik içindeki durumu kötü bireyleri görmek, bireylerin ruh sağlığında değişimlere neden olabilmektedir (Çetin ve ark., 2008). Tedavi süresi boyunca aynı pozisyonda kalmak (İlter ve Ovayolu, 2022), fiziksel aktivitede önemli ölçüde azalma (Doğru ve Kasar, 2022), uyulması gereken diyet, sıvı alım kontrolünde zorlanma, ilaç alımında zorlanma beden imajında oluşabilecek değişimler (İlter ve Ovayolu, 2022), arteriyovenöz fistül bakımına yönelik öz bakım gerekliliği (Özen ve Cepken, 2022), korku, bağımlılığın artması, ölüm tehdidi, ailevi rollerde değişiklik (Güdük ve ark., 2022), işte ve sosyal yaşamda kısıtlamalar, iç çatışmalar, kaygı (Duran ve Güngör, 2015) gibi fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik problemler ortaya çıkabilmektedir. Semptomlara bağlı olarak bireyler, hastalığı bir yük olarak algılayabilmektedir (Dąbrowska-Bender ve ark., 2018). Yaşamı kısıtlayan ve tehdit eden tanı (Dane ve Olgun, 2016), ve sonrasında gelişebilecek olan zorlayıcı durumlar sonucunda bireylerde, stresle baş etmede yetersizlik (Demiroğlu ve Bülbül, 2021), yüksek

anksiyete (Rahimipour ve ark., 2015; Demiroğlu ve Bülbül, 2021) ve depresyon (Keçecioğlu ve ark., 2008; Rahimipour ve ark., 2015) görülebilmektedir.

Hans Selye stresi, “bedenin, kendisine yönelik herhangi bir baskıya verdiği tepki” olarak tanımlamıştır (Tan ve Yip, 2018). Stres etmeni, bireyin kendisi (içsel uyaran) ya da dışardan bir etmen (dışsal uyaran) olabilir. Bireyin stres etmenleri arasında, yüksek ses, parlak ışık, iş yaşamı, ailevi sorumluluklar, ailevi sorunlar, maddi sıkıntılar, aşırı iş yükü, kişisel ilişkilerde çatışma yaşama, kronik bir hastalığa sahip olma, yaş ve beslenme yer alabilmektedir (Özel ve Karabulut, 2018). Vücudun strese karşı oluşturduğu kompensatör tepkiler ise “stres tepkileri” olarak adlandırılır (Dąbrowska-Bender ve ark., 2018). Hans Selye, bireyin stresle karşılaşması sonucu verdiği tepkileri incelemiş ve aşağıda yer alan, üç bölümde değerlendirmiştir;

Alarm Dönemi: İlk karşılaşma anıdır. Bireyde sempatik sinir sisteminin etkin hale gelmesiyle birlikte vücutta savaş-kaç tepkisi verilir (Townsend, 2016). Stres karşısında vücutta değişimler meydana gelir. Ağızda kuruluk, göz bebeklerinde büyüme, omuz ve boyun kaslarında gerginlik, terleme ve nefes alıp vermede artış, vücudun verdiği tepkiler arasındadır. Stresin son bulmasıyla birey rahatlatırken devam etmesi durumunda direnç aşamasına geçiş olmaktadır (Gür Aykut, 2019).

Direnç (Direnme) Dönemi: Stres karşısında denge kurulmaya çalışılan dönemdir. Uyum ve direnme olmak üzere iki tepkiden oluşur. Birinci tepkide vücut strese karşı direnmekte ikinci tepkide ise uyum sağlamaktadır (Yurtsever, 2009). Bu aşamada stres kaynağına uyum sağlanırsa her şey normale döner ve kaybedilen enerji yerine konularak vücuttaki tahribat giderilmeye çalışılır. Stresle başa çıkılmaya başlanan bu evrede parasempatik sinir sistemi aktive olarak solunumun, kan basıncının ve nabzın düzene girmesi beklenir (Özel ve Karabulut, 2018).

Tükenme Dönemi: Stresin vücut üzerindeki etkilerini sürdürdüğü ve vücudun savunmasının azaldığı dönemdir. Stres, yoğun olarak yaşanmaya devam ederse hastalıklar meydana gelebilir (Yurtsever, 2009). Tükenme aşamasında, hazımsızlık, sinirlilik, kronik baş ağrıları, göğüs ağrıları, kas ağrıları, koroner kalp hastalığı, ülser gibi belirtiler gözlemlenebilir (Townsend, 2016).

Birçok hastalığın patofizyolojik komplikasyonlarının stresten kaynaklandığı düşünülmektedir (Dąbrowska-Bender ve ark., 2018), KBY tanılı bireylerde, tedavi ve süreç doğrultusunda, uzun süreli stres maruziyetlerine bağlı olarak halsizlik, güçsüzlük, yorgunluk ve tükenmişlik gibi semptomların ortaya çıkabileceği tespit edilmiştir (Jhamb ve ark.,2009; İltar ve Ovayolu, 2022). Dolayısıyla, tedavi süreçlerinde stres düzeylerinin kontrolünün ve gözlemlenmesinin oldukça önemli olduğu göz önüne alınarak yapılan çalışmalarda, bireysel ve grup psikoeğitim uygulamaları (Kılıç, 2017) ve müzik terapi (Cantekin, 2012) gibi psikoterapilerin kullanıldığı görülmüştür.

Anksiyete, bireylerin nedeni belli olmayan, ortada hiçbir somut tehlike olmamasına karşın yaşadığı huzursuzluk, gerginlik, tedirginlik hali, gelecek belirsizliği, ölümle ilgili korkular, olumsuz sonucu bekleme, bilinmezlik hali gibi semptomların görüldüğü durumdur (Şahin, 2019). Anksiyetenin tespit edilip müdahale edilmesi, tedavi sürecinde destek verilmesi gerekmektedir. Anksiyete düzeyi yüksek bireylerde, yaşam doyumu düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır (Khodadadi ve ark., 2017). Anksiyete düzeyinin artışı sebebiyle öznel iyi oluş olumsuz etkilenmektedir (Gencer, 2019).

HD tedavisi alan bireylere müzik terapi (Melo ve ark., 2018), bilişsel- davranışçı terapi (BDT) (Lerma ve ark., 2017) gibi psikoterapiler uygulanmıştır. Ayrıca gevşeme tekniği (Oturmaz, 2019; Akgül ve Kelleci, 2020), sanal gerçeklik oyun uygulaması (Ersoy, 2022) motivasyonel görüşme (Dashtidehkordi ve ark., 2018) ve psikoeğitim (Durmuş ve Ekinci, 2022) uygulamalarının kullanıldığı görülmektedir Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin, uygulanan müdahaleler sonucunda anksiyete düzeylerinde anlamlı bir azalma olduğu belirtilmiştir.

Depresyon; iştahsızlık, uykusuzluk, yorgunluk, değersizlik hissi, intihar düşüncesi, psikotik düşünce, psikomotor yavaşlama, belirgin fonksiyonel bozukluk, konsantrasyon güçlüğü, kalıcı bir üzüntü duygusu ve zevk kaybı duygu durum bozukluğudur (Kafes, 2021). KBY yetmezliği olan bireyler için kritik öneme sahip olan diyaliz tedavisinin protokolü, ağırlıklı olarak haftada üç kez, dört saat/gün şeklinde uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022, Mehmood ve ark., 2019). Bu tedavi protokolü, bireyleri uzun sayılabilecek bir süre boyunca makineye bağımlı hale getirmekte ve dolayısıyla hastanede çok vakit harcamalarına sebep olmaktadır. Zamanla bireyler sosyal çevreye vakit ayırma,

aile ve iş yaşantısındaki rollerini yerine getirmekte zorlanmaya başlayabilirler. Ekonomik zorlukların yaşanması, ilaçlar, fiziksel işlevin azalması ve diyet kısıtlaması gibi durumların varlığı depresyon için güçlü bir temel hazırlayabilmektedir (Farrokhi ve ark., 2014; Yavuz, 2018). İlerleyen dönemlerde birey, diyaliz makinesini kendine ait bir uzuv olarak görmekte, makineye insani özellikler atfetmekte ona öfkelenebilmekte ve onunla konuşabilmektedir (Galpin, 1992).

Literatürde, hemodiyaliz tedavisi alan KBY tanılı hastaların depresyon düzeylerini değerlendiren çalışmalara bakıldığında, depresyon düzeyleri 2012 yılında %30,6 (Öyekçin ve ark., 2012), 2014 yılında %42,7 (Teles ve ark., 2014) ve 2016 yılında ise %31,5 (Najafi ve ark., 2016) olduğu görülmüştür. Bireylerin depresyon düzeylerine yönelik uygulanan müdahaleler arasında psikoeğitimler (Al Sarairoh ve ark., 2018; Espahbodi ve ark., 2015), BDT (Duarte ve ark., 2009) gibi psikoterapiler yer almaktadır. Yapılan müdahaleler sonucunda bireylerin depresyon düzeylerinde anlamlı düzeyde azalma görülmüştür.

Bu bağlamda, diyaliz tedavi sürecinde bireylerde gözlenen psikososyal tepkiler beş dönemde gruplanmıştır. Babur (2019)'un aktardığına göre Abram (1979) bu dönemleri şu şekilde aktarmıştır; İlk dönem “Üremik Dönem”dir ve birey henüz diyalize başlamadığını, KBY tanısının konulması ile umutsuzluk, ölüm korkusu, halsizlik vb. bulgular görülebileceğini belirtmektedir. İkinci dönemi “Anksiyete Dönemi” (Diyaliz başlangıcı) olarak tanımlamıştır. Anksiyete dönemi bireylerin tedaviye yönelik endişeler yaşadığı dönemdir. Üçüncü dönem “Balayı Dönemi” (Diyalizde ilk üç hafta) olarak tanımlamış, bu dönemde semptomların gerilemesiyle birlikte bireyin kendini daha iyi hissettiği, apatinin azaldığı, öforinin yaşanabileceği vurgulanmıştır. Bir sonraki dönem, “Depresyon Dönemi” dir. Bireyin sekiz ya da dokuz diyaliz seansından sonra tedavinin getirebildiği zorlanmaları fark etmeye başlar. Tedaviye uyum güçlükleri ve depresyonun sık görüldüğü bu dönem genellikle üç ay ile bir yıl arasında sürmektedir. Son dönem ise “Uyum Dönemi” olarak tanımlamıştır. Bu dönemde, birey diyaliz makinesine alışmış ve normal yaşantısına geri dönmeye çalışmaktadır. İleriye dönük plan ve beklentiler vardır.

HD tedavisi alan bireylerin yaşadığı biyopsikososyal zorluklar ve yaşadıkları tepkiler değerlendirildiğinde, her bir dönem, kendine özgü duygusal ve davranışsal tepkileri

barındırmaktadır. Bireylerin tedavisinde biyopsikososyal bakımın uygulanması gerekmektedir (Silva ve ark., 2016; Ok ve Kutlu., 2019). Son yıllarda, hemodiyaliz tedavisi sürecinde yaşanan depresyon, anksiyete, stres gibi ruh sağlığını olumsuz etkileyen semptomların yönetiminde, psikoterapötik bir müdahale olarak, umut terapisinin uygulandığı görülmektedir (Rahimipour ve ark., 2015).

2.3. Umut kavramı

Umut Türk Dil Kurumuna göre ummaktan doğan duygu ve olması beklenen ve olacağı düşünülen şeydir (<https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 06.05.2020). Umut kavramı eski çağlardan günümüze kadar birçok uygarlığın ilgi odağı olmuştur. Yunan mitolojisinde Pandora'nın gizemli kötülük içeren kutusundan çıkan son şey umuttur. Kötülük kutusunun içinden çıkması nedeniyle, “Kötü mü? İyi mi?” tartışması oluşturmuştur. Dinlere bakıldığında, erdem, tanrıdan gelen bir hediye olarak görülmüş ve tartışmasız iyi bir şey olduğu savunulmuştur (Schränk ve Grant, 2011). İlerleyen dönemde umudun bir düş ya da hayal olmadığı söylenmiştir. Ataman (2021)'ın aktardığına göre, Tillich 1965 yılında gerçek umudu, “bulunulan an içinde zaten var olan veya en azından var olmaya başlamış bir şey olduğunu, mevcut koşullar ve zaman içinde var olmayan bir şey için gelecekte gerçekleşmesine dair umut edilemeyeceğini, böyle bir yaklaşımın aptallık olacağını” belirtmiştir. Öz (2010)'ün aktardığına göre, Meninger ve Erikson, umudu insan gelişimi için en önemli faktör olarak tanımlamışlardır. Korner ise umudu sağlıklı olmada en önemli kriter olarak belirtmiştir. Bireyin hastalık durumunda umudunun olması, karamsarlığa ve çaresizlik duygusuna kapılmasını önlemektedir (Korner,1970).

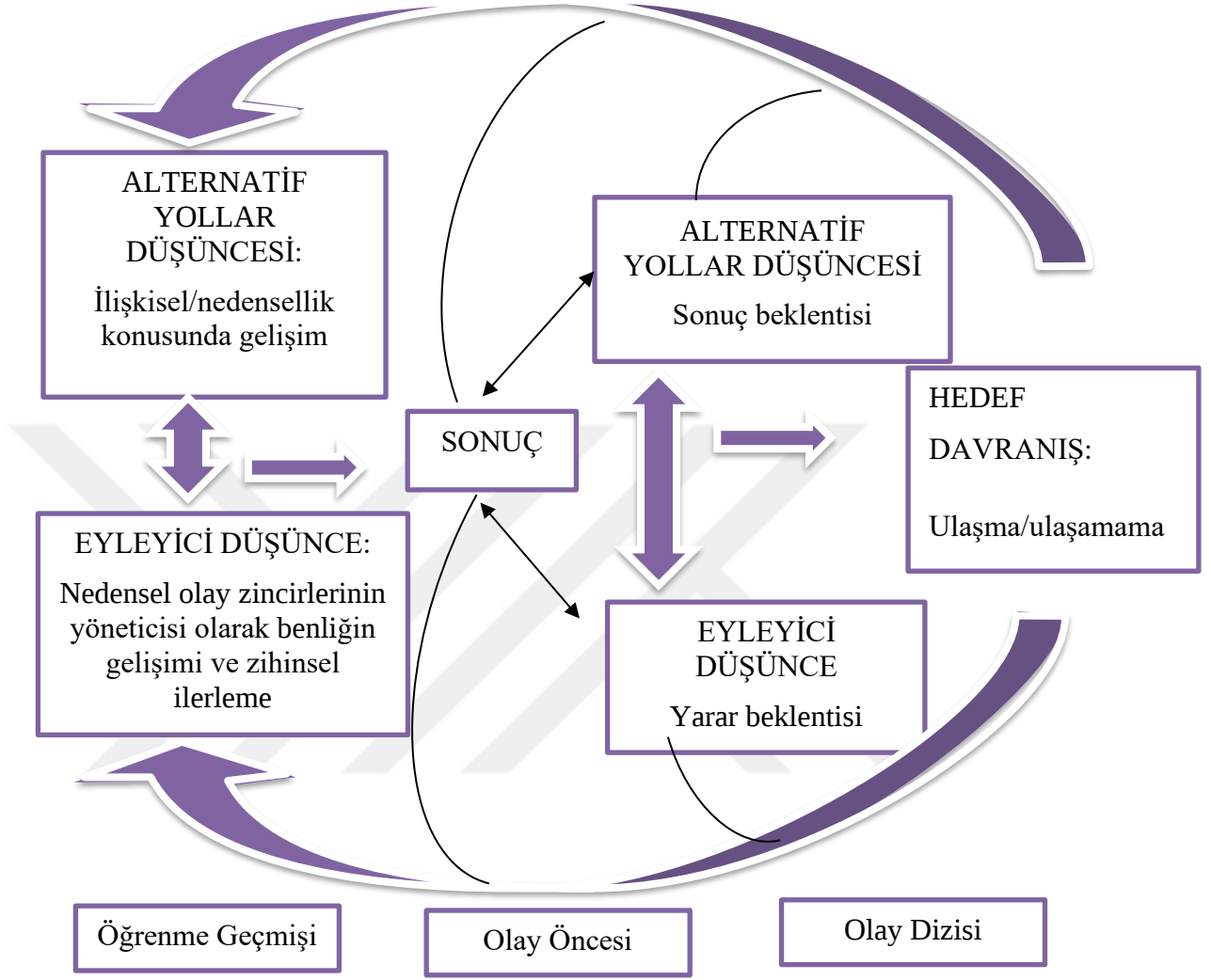
Ruh sağlığı literatürüne bakıldığında 20. Yüzyılda umudun kavramsallaştırıldığı görülmüştür. Umudu ele alan ve tedavide değişim için gerekli bir kriter olarak değerlendiren ruh sağlığı uzmanları, umudu birçok kez tanımlamışlardır. Frank 1968 yılında, umudu, beklentinin eşlik ettiği bir istek, duygu ve düşüncenin anlamlı bir karışımı olarak tanımlamıştır (Frank, 1968). Umudu, Stotland, bir amaca ulaşmada beklentinin sıfırdan büyük olması, Green ise arzulanan şeyin belirsiz olan veya kesin olmayan gerçekleşme beklentisi olarak ifade etmiştir (Stotland, 1969; Green, 1977). Dufault ve Martocchi 1985 yılında ise umudu, birey için kişisel anlamı ve önemi olan, olması muhtemel fakat belirsizliğini koruyan bir şeye gelecekte ulaşma/başarma beklentisini

içeren çok boyutlu dinamik bir yaşam gücü olarak ele almışlardır (Dufault ve Martocchi, 1985). Aynı yıl Miller, umudu yaşamda bir içgüdü ve insanları incinmekten koruyan, dolayısıyla potansiyellerini göstermelerinde kolaylaştırıcı olan bir etmen olarak belirtmiştir (Miller, 1985). Morse ve Doberneck ise umudu, gelecekle ilgili bir hedefe ulaşma sürecinde algılanan bir tehdit karşısında ortaya çıkan tepki olarak tanımlamıştır (Morse ve Doberneck, 1995). Bir başka tanıma göre ise; sağlıklı başa çıkma için gerekli olan iyi oluşu teşvik eden iyileştirici bir güçtür (Park ve Yoo., 2016; Ottaviani ve ark., 2014). Pozitif psikolojide Seligman ve Peterson (2004) bireyin sahip olması gereken 24 karakter gücünü tanımlamış ve bu tanımlamalar içinde umudu, önemli bir karakter gücü olarak belirtmişlerdir. Schrank ve arkadaşları (2008)'nin yayınladığı derleme çalışmasında, umudu sistematik şekilde ele almışlar, 49 tanımı analiz etmişler ve sentezleme sonucunda umudu, *“her şeyden önce, kişisel olarak değer verilen hedeflere, ilişkilere veya maneviyata ulaşmaya dair geleceğe yönelik beklentidir ve bu beklentiye ulaşma: bir anlam kazandıracaktır, öznel olarak gerçekçi veya olası olarak düşünülmektedir, kişisel faaliyete ve özelliklere veya dışsal faktörlere bağlıdır”* şeklinde açıklamışlardır (Schrank ve ark., 2008).

2.4. Umut kuramı

Snyder ve arkadaşları 1991 yılında umut kuramını oluşturmuş ve umudu, duygusal ve bilişsel olmak üzere iki boyutlu olarak değerlendirmişlerdir. Öncelikle bir hedefin var olması gerekir. İlk boyut olan “agency”, amaca ulaşmayı isteme ve amaca ulaşmak için kendinde güç hissetmedir. Geçmişteki, şu andaki ve gelecekteki hedefi elde etmede başarılı kararlar verebilmeyi içerir. Umutun ikinci boyutu ise “pathway” olarak adlandırılmıştır. Pathway, boyutu bireyin amaçlarına ulaşmada başarılı planlama yapabileceği ya da yapabileceğine olan inancını içerir. İki boyut da birbirini ilişkilidir ve birbirlerinin etkilerini olumlu yönde arttırıcıdır (Holdcraft ve Williamson, 1991, Snyder ve ark., 1991). Bu bağlamda umudu “Hedefi gerçekleştirmeye yönelik içsel enerji/motivasyon (agency) ve hedefe giden yolları planlama (pathways) arasındaki karşılıklı aktif olarak türetilmiş başarı hissine dayanan pozitif motivasyonel bir durum” olarak tanımlamıştır (Snyder ve ark., 1991). Umut teorisinde yer alan alternatif yollar düşüncesinin (pathways thinking) ve eyleyici düşüncenin (agency thinking) hedefe

ulaşmak için gereken davranışı göstermede, gelişimsel olarak var olduğu ve bu düşüncelerin olaylarla ilişki kurmak/ neden aramakla geliştirilebilecek bilişsel bir durum olduğu ileri sürülmüştür. şekil 2.1.'de Snyder'in umut teorisi için oluşturduğu şema verilmiştir. şemada soldan sağa gidildikçe, hedefe yönelik düşünmenin ilerlediği görülmektedir. Eyleyici düşüncenin, bireyin ulaşmak istediği hedefe değer vermesine yol açtığı belirtilmiştir. Umutlu düşünmenin etyolojisi en solda yer almaktadır. Sonuç, gerçek olay dizisinden hemen önce ortaya çıkacak şekilde teorize edilmiştir. Alternatif yollar ve eyleyici düşünce kişinin istenen sonuçları değerlendirmesine yol açar. Yeterince önemli olan hedef için devam eden bilişsel işlem, motivasyon ve hedefe giden yolların düşüncelerini içerir. Hedefe yönelik davranışlar boyunca düşünceler sürekli yenilenir (ift yönlü oklar). Bu düşünceler, algılanan sonucu etkiler. Her iki düşünce türünün etkileşimi, hedefe ulaşma ya da ondan vazgeçme durumu için kişiyi harekete geçirir. Olay dizisi boyunca bu düşünceler sürekli yinelenir. Kalın oklar hedefe ulaşma ya da vazgeçme aşamasında, sonuç ve hedefe özel alternatif yollar ve eyleyici düşüncelerin geri bildirim sürecini gösterir. Hedefe ulaşma ya da vazgeçme durumunda duygular da yer almaktadır. şekil 2.1'de gösterilen umut teorisi, birbiriyle ilişkili bir düşünce sistemidir (Snyder, 2000).



Şekil 2.1. Umut teorisinde alternatif yollar/ eyleyici ve hedefe yönelik düşünceleri içeren ileri ve geri oluşabilecek fonksiyonların şeması

Kaynak: Snyder CR. Hypothesis: There is Hope. In: Snyder CR. eds. Handbook of Hope Theory, Measures and Application. Academic Press. 1st ed. San Diego; 2000, p:3-21.

Umut teorisine uygun olarak Snyder, umut terapisi protokolünü oluşturmuştur. Snyder'ın, umut terapisi özelliklerini belirttiği dokuz ilke Şekil 2.2.'de yer almaktadır (Snyder, 2000).



Şekil 2.2. Umut terapisinin ilkeleri

Kaynak: Snyder CR. Hypothesis: There is Hope. In: Snyder CR. eds. Handbook of Hope Theory, Measures and Application. Academic Press. 1st ed. San Diego; 2000, p:3-21.

Umut terapisinde bazı sorulara yanıt aranmaktadır. Bu sorular arasında;

1. Birey nasıl hedefler oluşturdu?
2. Motivasyon neydi?
3. Hedefler ne kadar ulaşılabilir veya gerçekçiydi?
4. Hedefler nasıl algılandı?
5. Süreç boyunca bireyin ruh hali ve tutumu nasıldı?
6. Hedefe yönelik hareket nasıl başlatıldı ve sürdürüldü?
7. Hedeflere ulaşmanın önündeki en büyük engeller nelerdi?
8. Bu engeller hangi duyguları uyandırdı? Engeller nasıl aşıldı ve hedeflere ulaşmak için hangi adımlar atıldı?
9. Hedeflere ulaşıldı mı?
10. Birey sonuç hakkında ne düşünüyor?
11. Birey bugün aynı hedefi deneseydi neyi farklı yapardı?
12. Birey, deneyimi daha umut verici terimlerle yeniden şekillendirebilir mi? gibi sorular yer almaktadır (Snyder, 2000; Snyder ve ark., 2000).

Snyder farklı etnik gruplarla yapılan çalışmaların sonucunda umut dolu düşünmenin kalıtsal olmadığını, çocukluktan itibaren öğrenildiğini belirtmiştir. Dolayısıyla umut dolu düşüncenin öğretilebileceği ve artırılabilirliğini savunmuştur (Snyder, 2000). Umut temel bir kişilik özelliği olarak kabul edilmiş (Snyder ve ark., 1991) ve insan yaşamında temel bir kaynak olarak tanımlanmıştır (Kylma, 2005). Bireyler, umut düzeyleri yüksekse amaçlarına ulaşmak için birçok yol bulabileceklerine inanırlar. Bu inanç, bireyleri gelecekte güzel olaylar olacağına dair motive eder (Snyder, 2002). Umut düzeyinin yüksekliği bireylerin yaşam doyumunu arttırmada önem taşımaktadır (Çetrez İşcan ve Malkoç, 2016). Umut, bireyin kendisini güvende hissetmesini ve gerçekle ilişki kurmasını sağlayan, motivasyonunu artıran, hastalık durumunda karamsarlık veya çaresizlik duygularını önleyen, tedaviye uyuma katkı sağlayan etkili bir baş etme mekanizması olarak görülmektedir (Ottaviani ve ark., 2014; Cutcliffe ve Herth., 2002). Hastaların umut

seviyesi arttıkça tedaviye uyumları artmakta ve bunun sonucunda hastalık semptomlarının azalmasında etkili olabilmektedir (Taşkın Yılmaz ve ark., 2020).

Literatürde, diyabet (KhalediSardashti ve ark., 2018), hipertansiyon (Sotodeh-Asl ve ark., 2010), depresyon (Movahedi ve ark., 2015), KBY (Rahimipour ve ark., 2015) gibi kronik hastalığa sahip bireylerin yanı sıra, kanser tanısı almış çocukların (Shekarabi ve ark., 2012), travma sonrası stres bozukluğu tanısı almış bireylerin bakım vericilerine de (Yousefi ve ark., 2016), hemşireler tarafından umut terapisinin uygulandığı görülmektedir. Ek olarak, hamile kadınlar (Samavi ve ark., 2018) ve öğrenciler (Alaeddini ve ark., 2008; Khoshkharam ve Golzari, 2011) gibi kronik rahatsızlığı olmayan bireylere de umut terapisi uygulanmıştır. Umut terapisi sonucunda bireylerde depresyon (Rahimipour ve ark., 2015; KhalediSardashti ve ark., 2018), anksiyete ve stres düzeylerinde (Rahimipour ve ark., 2015) azalma görülmüş ve iyi oluşlarının (Shekarabi ve ark., 2012) arttığı saptanmıştır.

2.5. Motivasyonel görüşme

Motivasyon, bireyin özel seçimlerine uygun değişime girme, devam ettirme ve sıkı sıkıya bağlanmadır. Bir özellik değil, bir durumdur (Ögel,2009). Motivasyonel görüşme, Miller’ın 1983 yılında alkol bağımlılarının sağlık sorunlarına yönelik uygulamalarıyla başlamış olup devamında kurama dönmüştür (Rhode, 2012, Miller ve Rollnick, 2013). Davranış değişiminde yaşanan kararsızlığa yönelik olup, bireyin kendine özgü karar ve önceliklerini anlamada, bireyi güçlendirmede ve terapötik iletişim ve uyum becerisini geliştirmede kullanılmaktadır (Dellasega ve ark., 2010; Miller ve Rollnick, 2013). Kronik hastalıklardan kaynaklanan zorluklara karşı, bireylerin pozitif sağlık davranışlarını öğrenmeleri ve devam ettirmeleri gerekmektedir (Yount ve ark., 2011).

Miller’ın 2002 yılında yaptığı motivasyonel görüşme tanımı şu şekildedir; “Motivasyonel görüşme, danışanların ambivalansı keşfedip çözümlemelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini çıkartmak için kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşımdır” (Ögel, 2009). Motivasyonel görüşme özellikleri aşağıdaki Şekil 2.3.’te yer almaktadır (Ögel’in Akt. Göre: Miller, 2002; Rollnick ve Miller, 2004; Allsop, 2007; Miller ve Moyers, 2006; Miller ve Rollnick, 2013; Klonek ve ark., 2016).



Şekil.2.3. Motivasyonel görüşme özellikleri

Motivasyonel görüşmenin dört temel ilkesi mevcuttur. Birinci ilke, empatidir. Yansıtıcı dinleme yöntemi kullanılarak, saygılı, ılımlı ve danışanı destekleyici yaklaşım esastır (Ögel,2009; Arkowitz ve ark., 2015; Van der Oord ve ark., 2019; Miller ve Rollnick, 2013). İkinci ilke, çelişkileri ortaya çıkarma ilkesidir. Bireyin “ilerde” hedeflediği durum ile “şu anda” var olan davranışları arasındaki çelişkileri anlamasını sağlamak, değişim için motivasyon duygusunu arttırmaktadır. Birey, şu andaki davranış ile hedef için gereken davranış farkına odaklanması yönünde desteklenmektedir (Stinson ve Clark, 2017). Üçüncü ilke, direnci çözme ilkesidir. Kişinin değişime karşı oluşturduğu dirence karşılık danışmanın sunduğu bilgi ve yöntemleri kabul etmesi ve yeni bakış açılarını görmesini sağlamaktır. Bu görüşmenin bir kazanını olmamalı ve birlikte hareket etmek gerekmektedir. Olumlu davranış değişikliği için bireyin enerjisi yönlendirilmelidir (Miller ve Rollnick, 2013, Arkowitz ve ark., 2015). Son ilke ise, kendine yeterliliği destekleme temeldir. Bireyin bir göreve/işe başlayıp, devam ettirme ve başarma yeterliliğinin olması durumudur (Miller ve Rollnick, 2002). Bireyin güçlü yönlerini fark etmesi sağlanıp, bu güçlü yönlerinin göz önüne alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Schumacher ve

Madson, 2014). Görüşme sürecinde “OARS” olarak adlandırılan, danışma becerileri yer almaktadır (Miller ve Rollnick, 2002).

- O (Open-ended questions): Açık uçlu uçlu sorular (Evet/hayır olarak cevaplanmayan sorular) Danışanın kaygılanmadan, korkmadan yanıtlayabileceği sorulardır. Amaç empatiyi oluşturmaktır (Hall ve ark., 2012).
- A (Affirmation): Doğrulama, onaylama. Danışanın gücünü, başarısını ve değişme çabasını ortaya çıkarmayı amaçlar (Stinson ve Clark, 2017).
- R (Reflectivelistening): Yansıtımlı dinleme. Dikkatle dinleme ve sonrasında söylenmek istenileni uygun ifadelerle iletmeyi amaçlar. Danışana değişim için farkındalık yaratmak amaçtır (Arkowitz ve ark., 2015; Black, 2019).
- S (Summarizing): Özetleme. Yapılan görüşmelerde bahsedilmiş konular ile görüşmeler arasında bağ kurmak veya hedefler arasında yakınlık oluşturmak için önem göstermektir. Görüşmenin önemli ve dikkat çeken kısımlarını tekrar etmektir. Yanlış anlaşılanı düzeltmek, eksik olanları tamamlamak amaçlanmıştır (Stinson ve Clark, 2017). Değişimi konuşma, değişim ile ilgili kurulan cümleleri ele alınmaktadır. Bireyin, bu cümleleri sık tekrar etmesi görüşmeye ve değişime hazır olduğunu belirtmektedir (Van der Oord ve ark., 2019).

Motivasyonel görüşme esnasında terapötik süreci destekleyecek bazı yöntemler mevcuttur. Bu yöntemler arasında çağrışım yapan sorular, dengeli konuşma, iyi/iyi olmayan durumlar hakkında konuşma, örnekler isteme, geçmiş davranışları ele alma, gelecek hakkında görüşme, “en kötü durum ne olur?” gibi uç noktaları sorma, hedefleri konuşma ve yanında olma yer almaktadır (Rollnick ve ark., 2008; Hall ve ark., 2012; Miller ve Rollnick, 2013; Van der Oord ve ark., 2019).

Literatürde, şizofreni (Harmancı, 2020), bipolar (Gülcü ve Kelleci, 2022), depresyon (Bahar, 2021), diyabet (Kılınç, 2022), hipertansiyon (Sevinen, 2019) KBY (Ok ve Kutlu, 2021; Yangöz, 2020; Gerçek, 2021; Mankih ve Hussain, 2022) tanısına sahip bireylere, hemşireler tarafından, motivasyonel görüşme uygulanmıştır. Ek olarak, hemşireler tarafından motivasyonel görüşmenin, üniversite öğrencileri (Dereli, 2022) ve gebeler (Calpbinici, 2020) gibi toplumun farklı kesimlerine uygulandığı görülmüştür.

2.6. Umut terapisi, motivasyonel görüşme ve ümit aşılama girişiminin benzerlikleri

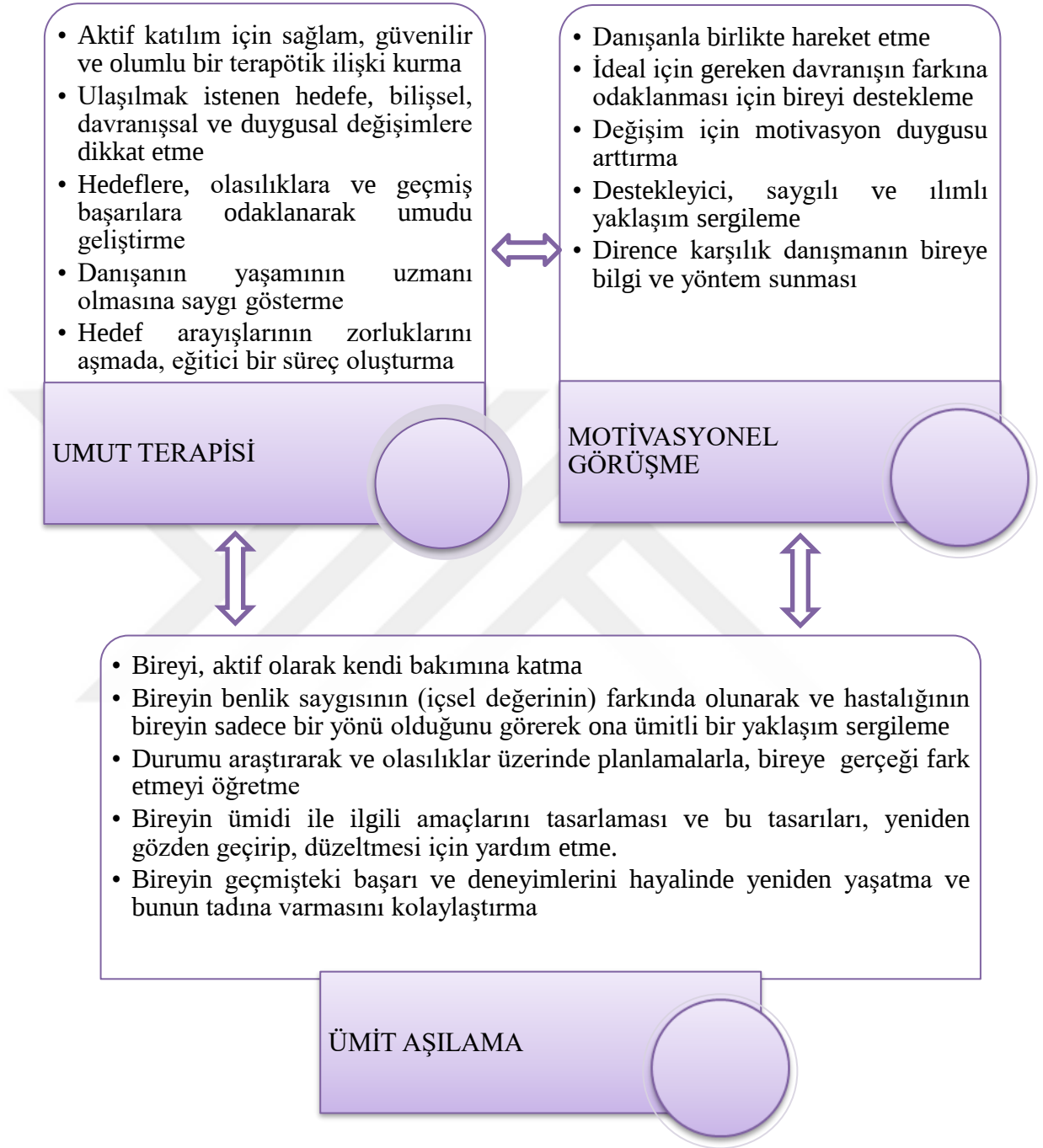
Umut terapisi, bireylerin bir hedef belirlemelerine destek olmak, bu hedefi gerçekleştirmeye yönelik içsel enerji/motivasyon (agency)'larını ortaya çıkarmak ve bu hedefe giden yolları planlamaları (pathways) ve bu üç parametre arasındaki karşılıklı, aktif olarak türetilmiş başarı hissine dayanan pozitif motivasyonel durumu çalışmaktadır (Snyder ve ark., 1991; Snyder, 2000). Umut terapisi ve motivasyonel görüşme, bireylerin motivasyonunu arttırmak ve davranışlarına yansımaları sağlamak amacıyla kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır (Snyder, 2000; Ögel, 2009). Hem umut terapisinde hem motivasyonel görüşmede hedefler ve gelecek planları üzerine yoğunlaşmaktadır (Snyder, 2000; Ögel, 2009). Motivasyonel görüşme bireyi merkeze almakta ve bireyin güven, empati, değerlilik hislerini yaratmaktadır. Bireyin kendisi ve hemşire ile pozitif duygular geliştirmesinde destek olur. Bireyin umuduna ve iyi oluşuna doğrudan katkı sağlamakta ve sürdürülebilir etki bırakmaktadır (Glassman, 2013).

Literatüre bakıldığında umut temelli müdahaleli çalışmaların sayısı kısıtlıdır. Yapılan araştırmalara bakıldığında, umudun artışı ile öz bakım düzeyinde, yaşam kalitesinde ve genel sağlıkta artış ortaya çıkmıştır (Sotodeh-Asl ve ark., 2010). Motivasyonel görüşmeler yapılan bireylerde umut düzeyinde ve tedaviye uyumda artış görülmüştür (Harmancı, 2020). Umut odaklı uygulamaların sonucunda bireylerin, motivasyonlarını arttıran, karamsarlık veya çaresizlik duygularını önleyen ve tedaviye uyumlarına katkı sağlayan etkili bir baş etme mekanizması sağladığı görülmüştür (Ottaviani ve ark., 2014; Cutcliffe ve Herth., 2002). Snyder'in araştırmalarına bakıldığında, umut terapisi uygulandıktan sonra, bireylerin stres ve gerginlik ile karşılaştıklarında daha uygun tepki verdikleri, tedaviye direncin azaldığı ve kabulün arttığı gözlemlenmiştir (Snyder ve Lopez, 2003).

Hedeflere ulaşmada yollar ve engeller üzerine geliştirilen ve bireyleri destekleyen umut terapisi odak alınarak, birey merkezli ve destekleyici motivasyonel görüşme uygulanmasının, bireylere biyopsikososyal anlamda olumlu etki göstereceği düşünülmektedir. Hemşirelik Tanıları Sınıflaması (NANDA), Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) ve Hemşirelik Sonuç Kriterleri Sınıflaması (NOC) incelendiğinde psikososyal semptomların yönetiminde birçok hemşirelik tanısı yer almaktadır (Carpenito- Moyet, 2012). NIC'te umudu artırma girişimi "ümit aşılama" başlığı altında

yer almış, girişim kapsamında bireyin umudunu arttırma ve geliştirmeye yönelik birçok müdahaleye yer verilmiştir. Ümit aşılama, eylemleri başlatması ve sürdürmesi için bireyin kapasitesine olan inancının geliştirilmesidir. “Ümit aşılama” başlığı altında verilen hemşirelik müdahaleleri ile umut terapisinde var olan hedef, eyleyici düşünce ve alternatif yollar düşüncesini geliştirip sürdürmeye yönelik yapılabilecek müdahaleler benzerlik göstermektedir. Şekil 2.4’te umut terapisi, motivasyonel görüşme ve ümit aşılama girişiminin arasındaki benzerlikler sıralanmıştır.





Şekil 2.4. Umud terapisi, motivasyonel görüşme ve ümit aşılama girişiminin benzerlikleri

Umud terapisi, motivasyonel görüşme ve ümit aşılama girişimi maddelerine bakıldığında birbirleri ile benzerlikler olduğu görülmektedir.

2.7. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin yaşadıkları psikososyal semptomları yönetmede KLPH'nin rolü

Günümüzde toplam nüfus içerisinde kronik hastalıkların görülme sıklığı artmakta ve bu hastalıklar arasında KBY önemli bir yer tutmaktadır. Tedavi sürecinde karşılaşılan psikososyal zorlanmalarla baş etmede, umudu arttırmak etkili bir müdahale olarak kabul edilmektedir (Khoshkharam ve Golzari, 2011). İnsan varlığının temel bir unsuru olarak belirtilen umut kavramı (Vaillot 1970'ten Akt: Kylvä ve ark., 2006), psikiyatri hemşireliği bakım ve uygulamalarında koruyucu ruh sağlığı açısından önemlidir (Cutcliffe ve Herth, 2002). Moore (2005) umudu, Psikiyatri Hemşireliği uygulamalarının kalbi olarak ifade etmektedir.

Hemşirelik alanında, umudu güçlendirme amacıyla yapılan çalışmalarda sıklıkla tanımlayıcı çalışmalar yer almış (Başaran ve ark., 2016; Taşkın Yılmaz ve ark., 2020), müdahaleli çalışmaların ise sınırlı sayıda olduğu görülmüştür (Olçun, 2020; Teskereci, 2016). Bu çalışmalarda ise, “farkındalık müdahalesi ve sağlığı geliştirme programı”nın (Nassim ve ark., 2021), “özyönetim destek programı”nın (Ayat ve ark., 2021), “Bilişsel Davranışçı Terapi”nin (Valsaraj ve ark., 2016), “Orem'in özbakım modeline (Shojaee ve ark., 2018), “Roy'un adaptasyon modeline” (Özdemir, 2022) ve “sağlık inanç modeli”ne (Cengiz, 2018) dayalı hasta eğitimlerinin kullanıldığı görülmüştür.

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin felsefesi, her bireyin, değerli olduğunu, kendini geliştirmek istediğini, sağlıklı olmak istediğini, biyopsikososyal alanı ile bir bütün olduğunu, ortaya koyduğu her davranışın bir anlamı olduğunu, baş etme gücüne sahip ve hastalık durumlarının gelişimi için bir fırsat olduğunu, var olan değişim ve gelişim potansiyelinin kişilerarası ilişkiler yoluyla artırılabilirliğini ve hemşirelik bakımının temel amacı hastanın bağımsızlığını kazanmasını sağlamak olduğunu kapsamaktadır (Batmaz ve Yazıcı, 2021; Çam, 2021). Psikiyatri hemşireli felsefesi ilkeleri ile, umut terapisi ve motivasyonel görüşme özellikleri ve ilkelerinin (Şekil 2.5.) birbirleriyle uyumlu olduğu görülmüştür. Psikiyatri hemşireliği uygulamaları ve KLPH görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında; kronik hastalıklardan sahip bireylere bakım veren psikiyatri hemşiresi, bireyin, fiziksel durumu ile ruhsal durumu arasındaki etkileşimi gözlemler, bireyin ve ailesinin hastalığa, tedaviye psikolojik uyumunu sağlamada, adaptif fonksiyonlarını geliştirmelerinde, yeniden kazanmalarında yardım etme, hastalığın

yol açtığı yaşam sorunlarıyla baş edebilecek güce gelmesine, yöntemleri geliştirmesine yardımcı olma, hastalık yaşantısından sağlığını sürdürmesine yarayacak anlam çıkarmasına yardımcı olma, eğitim ihtiyacını karşılama, psikolojik eğitimi planlar, hastanın aktif katılımını teşvik eder, eğitimi uygular ve değerlendirme, ruh sağlığını, problemlerle baş etme yollarını geliştirmeleri için yardım eder, eğitim verme, Hastaların gereksinimlerine uygun eğitim materyali hazırlar, gelişmelere göre yeniden gözden geçirme ve rehabilitasyonuna yardım etme rolleri yer almaktadır. (T.C. Resmî Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı:27910). Psikiyatri hemşireleri tarafından, KLPH ileri düzey bakım uygulamaları içerisinde yer alan psikoterapötik müdahalelerin kronik hastalıklarda psikososyal bakım uygulamaları kapsamında yaygınlaştırılması önemlidir. Buradan yola çıkarak bu çalışmanın amacı, umut odaklı motivasyonel görüşmenin hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin depresyon, anksiyete, stres ve umut düzeyine etkisini değerlendirmektir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Araştırma ön test, son test ve izlem düzeninde, tek kör randomize kontrollü çalışmadır.

3.2. Araştırmanın yeri ve zamanı

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde gerçekleştirilmiştir. A Blok 1. Katta yer alan hemodiyaliz ünitesine Antalya merkez ve ilçelerinden bireyler, tedaviye başvurmaktadır. Ünitenin ekibi, dördü profesör ve ikisi uzman olmak üzere altı doktor, bir sorumlu hemşire, on dört klinik hemşiresi, altı hemodiyaliz teknikeri ve dört sağlık personeli olmak üzere 31 kişiden oluşmaktadır. Ünitenin salonunda 18, açık müdahalede bir, B odasında iki (hepatit B ve C taşıyıcılarına özel), C odasında beş adet olmak üzere toplamda 26 hemodiyaliz makinesi mevcuttur. Ünite ve bekleme salonunda toplam altı televizyon, hastaların görebileceği yerlerde ise saatler bulunmaktadır. Yatakların arası, standart olarak bir buçuk metredir. Hemodiyaliz seansları, 08:00-12:00 ve 13:30-16:30 olmak üzere iki shift şeklinde gerçekleşmektedir. Rutin olarak, iki seans arasında makine, yatak ve çevre temizliği yapılmaktadır. Seans öncesi ve sonrası kilo tartımı yapılarak, bireylerin seansları boyunca saatlik yaşam bulguları takibi yapılmaktadır. Ünite, güncel kan tetkiki sonuçlarına göre, hemşireler tarafından bireylere bire bir uygun ilaç ve beslenme eğitimleri verilmektedir. Araştırmanın verileri Ağustos 2021 -Şubat 2022 tarihleri arasında elde edilmiştir.

3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme

Araştırmanın evrenini, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde hemodiyaliz tedavisi alan, 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmuştur. Hastane kayıtlarından elde edilen verilere dayanarak, ünite tedavi gören 70 birey araştırmanın evrenini, katma dışlama kriterlerine uyan 23 deney-23 kontrol olmak üzere toplam 46 bireyde araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.3.1. Örneklem büyüklüğünün hesaplanması

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında Rahimipour ve ark. (2015) tarafından yapılan umut terapisinin, hemodiyaliz hastalarının depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine etkisini değerlendirdiği çalışmanın verileri temel alınmıştır. Bu çalışma için %80 güç ve %95 güven aralığı ile hesaplanan $d=4.13$ bulunmuş olsa da önerilen yüksek etki büyüklüğü ANOVA $p=0.4$, $d=0.4$ kabul edilerek toplam etki büyüklüğü iki grup için 36 kişi olduğu görülmüştür. Araştırma sürecinde olası kayıplar (drop-out) göz önüne alınarak 23 deney, 23 kontrol olmak üzere toplam 46 birey araştırmaya dahil edilmiştir.

3.3.2. Araştırmanın dahil etme, dışlama ve çıkarılma kriterleri

Araştırma örneklemine dahil edilme, dışlanma ve çıkarılma ölçütleri Tablo 3.1.de yer almaktadır.

Tablo 3.1. Araştırmanın örneklem seçim kriterleri

Dahil edilme kriterleri	Dışlama kriterleri	Çıkarılma kriterleri
○ Sürekli (haftanın belirli günlerinde gelen) tedaviye devam ediyor olma ○ Araştırmaya katılmaya gönüllü olma ○ 18 yaşın üzerinde olma ○ Okuma-yazma bilme	○ Daha önce nakil süreci yaşamış olma ○ Etkili iletişim kurmaya ve sürdürmeye yönelik bir engeli olma ○ Son 6 ayda kayıp vb. travmatik yaşam olayına maruz kalma	○ İki haftadan fazla görüşmeye katılmama, ○ Görüşmeleri engelleyen tıbbi bir durumun gelişmesi, ○ Katılımcının kendi isteği doğrultusunda araştırmadan çekilme hakkını kullanması

Araştırmada dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere ilişkin bazı temel özellikler dikkate alınarak grupların homojenitesi değerlendirilmiştir. Bu temel özellikler, “Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri”, “Hastalığa İlişkin Özellikler” ve “Bireylerin Yaşamlarında Karşılaştıkları Zorlanmalar” başlıkları altında üç kategoride değerlendirilmiştir. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri Tablo 3.2.’de, Hastalığa İlişkin Özellikler Tablo 3.3’te ve Bireylerin Yaşamlarında Karşılaştıkları Zorlanmalar Tablo 3.4’te yer almaktadır. Gruplar arasında temel özelliklerin ortalamaları bakımından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$),

Tablo 3.2. Bireylerin sosyodemografik özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler		Müdahale Grubu (n=22)		Kontrol Grubu (n=22)		İstatistiksel değer	
Değişken		n	(%)	n	(%)	χ^2	p
Yaş	18-24	1	4,5	1	4,5	0,091(1)	0,76
	25-44	4	2	4	18,2		
	45-64	5	22,7	6	27,3		
	65+	12	54,5	11	50		
Cinsiyet	Kadın	8	36,4	5	22,7	0,983 (1)	0,51
	Erkek	14	63,6	17	77,3		
Eğitim	Okur- Yazar	1	4,5	0	-	0,367 f	0,06
	İlköğretim	8	36,4	2	9,1		
	Lise	10	45,5	13	59,1		
	Lisans	3	13,6	7	31,8		
Meslek	Memur	2	9,1	5	22,7	0,935 f	0,09
	İşçi	2	9,1	2	9,1		
	Serbest Meslek	2	9,1	2	9,1		
	Ev Hanımı	4	18,2	3	13,6		
	Emekli	11	50	9	40,9		
	Öğrenci	1	4,5	1	4,5		
Ekonomik Durum	Gelir Gidere Eşit	9	40,9	11	50	0,195 f	0,59
	Gelir Giderden Fazla	9	40,9	5	22,7		
	Gelir Giderden Az	4	18,2	6	27,3		
Medeni Durum	Evli	16	72	18	81	0,518 (1)	0,71
	Bekar	6	27	4	18		
Aile Tipi	Çekirdek Aile	16	72,7	19	86,4	0,985 (1)	0,59
	Geniş Aile	4	18,2	3	13,6		
	Tek Ebeveynli Aile	2	9,1	0	-		
Çocuk	Var	18	81,8	19	86,4	0,170	0,68
Sahibi	Yok	4	18,2	3	13,6	(1)	

Tablo 3.2. Devamı

Yaşanılan Yer	İl (Merkez İlçeler)	19	86,4	20	90,9	0,226	0,63
	İlçe	3	13,6	2	9,1		
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	1	4,5	0	-	0,756	0,67
	Eş ile Birlikte	6	27,3	6	27,3	f	
	Es ve Çocuklar	10	45,5	10	45,5		
	Çocukların Yanında	2	9,1	3	13,6		
	Bakım Evi ya da Kurum	2	9,1	1	4,5		
	Ebeveyn	1	4,5	2	9,1		
Alışkanlık	Sigara	4	18,2	2	9,1	0,745	0,44
	Kullanmadım	9	40,9	13	59,1	f	
	Bıaktım	9	40,9	7	31,8		
Toplam		40	100	40	100		

n: sayı, %:yüzde, p:anlamlılık düzeyi, χ^2 :ki-kare testi değeri, f: Fisher Exact Ki kare analizi

Araştırmanın müdahale grubunun %63,6'sını ve kontrol grubunun %77,3'ünü erkek bireyler oluşturmaktadır. Müdahale grubunun yaş ortalaması 59 ve kontrol grubunun yaş ortalaması 57'dir. Araştıramaya katılan katılımcıların medeni durumu, çocuk sahibi olma, eğitim durumu, yaşadığı yer, mesleği ekonomik durum, aile tipi, alışkanlık durumu, yaşadığı kişiler ve yaşadığı yer açısından bulunduğu gruplar arasında homojen dağıldıkları saptanmıştır ($p>0,05$)

Tablo 3.3. Hastalığa ilişkin özellikler

Tanımlayıcı Özellikler			Müdahale Grubu (n=22)		Kontrol Grubu (n=22)		İstatistiksel değer	
Değişken			n	(%)	n	(%)	χ^2	p
Böbrek Hastalığı Yılı	Bir Yıldan Az		1	4,5	0	0	0,569	1,00
	1-5 Yıl		12	54,5	14	63,6	f	
	5-10 Yıl		7	31,8	6	27,3		
	10 Yıl ve Üzeri		2	9,1	2	9,1		
Hemodiyaliz Tedavisi Süresi	Bir Yıldan Az		1	4,5	2	9,1	0,985	1,00
	1-5 Yıl		19	86,4	16	72,7	f	
	5-10 Yıl		1	4,5	4	18,2		
	10 Yıl ve üzeri		1	4,5	0	0		
Haftada Kaç Gün	Haftada Kez	2	4	18,2	3	13,6	0,170	0,680
	Haftada Kez	3	18	81,8	19	86,4	(1)	
Ek Kronik Hastalık	Evet		16	72,7	15	68,2	0,109	0,741
	Hayır		6	26,3	7	31,8	(1)	
Yakınlarında Hemodiyaliz Alan	Var		2	9	3	13,6	0,226	0,635
	Yok		20	91	19	96,4	(1)	
Geçmişte Profesyonel Destek Alma	Evet		3	9,1	2	13,6	0,226	0,635
	Hayır		19	90,9	20	86,4	(1)	
Toplam			40	100	40	100		

n: sayı, %:yüzde, p:anlamlılık düzeyi, χ^2 :ki-kare testi değeri, f: Fisher Exact Ki kare analizi

Gruplar arasında böbrek hastalığı yılı, hemodiyaliz tedavisi alma yılı, haftalık seans alma günleri yakınlarından hemodiyaliz tedavisi alan bireyin varlığı, geçmişte profesyonel destek alma ve kronik hastalığa sahip olma özellikleri arasında istatistiksel anlamda anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Müdahale grubundaki bireylerin kronik hastalıkları, diyabet (9 kişi), hipertansiyon (7 kişi) ve kalp yetmezliği (7 kişi)'dir. Geçmişte profesyonel psikososyal destek alan üç bireyin olduğu tespit edilmiştir. Geçmişte profesyonel destek alınan kişinin psikolog olduğu belirtilmiştir. Kontrol

grubundaki bireylerin kronik hastalıkları, diyabet (3 kişi), hipertansiyon (12 kişi) ve kalp yetmezliği (3 kişi)'dir. Tedavi sürecinde profesyonel psikososyal destek alan 2 bireyin olduğu tespit edilmiştir. Destek alınan profesyonelin doktor olduğu belirtilmiştir. Tüm katılımcılara sosyal çevreden alınan destek sorulduğunda, bireyler, anne (müdahale:7, kontrol:11), baba (müdahale:6, kontrol:10), kardeş (müdahale:14, kontrol:13), eş (müdahale:17, kontrol:18), çocuk (müdahale:17, kontrol:9) ve arkadaş (müdahale:12, kontrol:18) desteği aldığını belirtmişlerdir. Böbrek hastalığı yılı, hemodiyaliz tedavisinin süresi, haftada kaç gün geldiği, ek kronik hastalığı, yakınlarında hemodiyaliz tedavisi alan kişinin varlığı ve geçmişte profesyonel destek alma açısından bulunduğu gruplar arasında homojen dağıldıkları saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.4. Bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları zorlanmalar

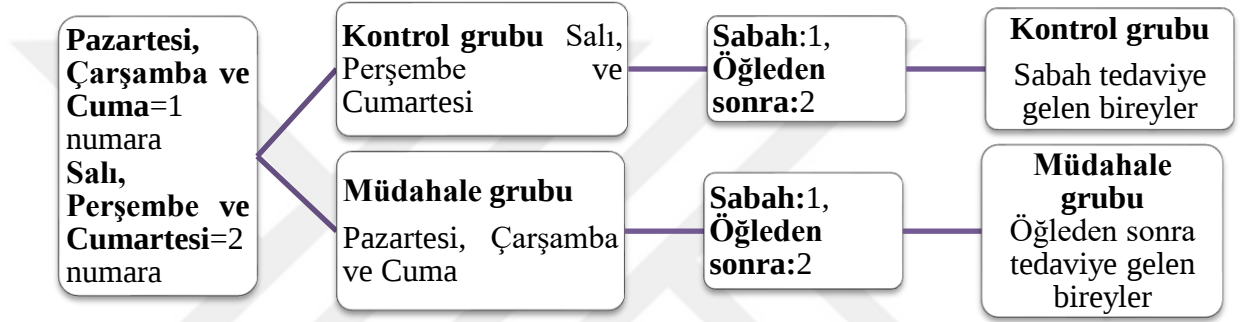
Tanımlayıcı Özellikler		Müdahale Grubu (n=22)		Kontrol Grubu (n=22)		İstatistiksel değer	
Değişken		n	(%)	n	(%)	χ^2	p
Sosyal yaşamın Kısıtlanması	Yok	2	8,1	0	0	2,095 (1)	0,488
	Var	20	90,9	22	100		
Rol Değişikliği	Yok	3	13,6	0	0	3,220 (1)	0,233
	Var	19	86,4	22	100		
İş Kaybı	Yok	14	63,4	13	59,1	0,096 (1)	0,757
	Var	8	36,4	9	40,9		
Gelecek hakkında belirsizlik	Yok	6	31,8	1	4,5	5,500 (1)	0,051
	Var	16	68,2	21	95,5		
Tedaviye uyum gücü	Yok	5	22,7	1	4,5	3,088 (1)	0,185
	Var	17	77,3	21	95,5		
Diyete uygun beslenmede zorluk	Yok	9	40,9	6	27,3	0,910 (1)	0,526
	Var	13	59,1	16	72,7		
Düzenli egzersiz yapmada zorluk	Yok	10	45,5	7	31,8	0,863 (1)	0,537
	Var	12	54,5	15	68,2		
Hareket kısıtlılığı	Yok	6	36,3	8	36,4	0,419 (1)	0,747
	Var	16	72,7	14	63,6		
Kişisel bakımda zorluk	Yok	5	32,7	10	45,5	2,529 (1)	0,203
	Var	17	77,3	12	54,5		

n: sayı, %:yüzde, p:anlamlılık düzeyi, χ^2 :ki-kare testi değeri

Bireylerin karşılaştıkları zorlanmalar içerisinde sosyal yaşamın kısıtlanması, rol değişikliği, iş kaybı gelecek hakkında belirsizlik, tedaviye uyum gücü, diyetle uygun beslenmede zorluk, düzenli egzersiz yapmada zorluk, hareket kısıtlılığı ve kişisel bakımda zorluk yer aldığı ortaya çıkmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

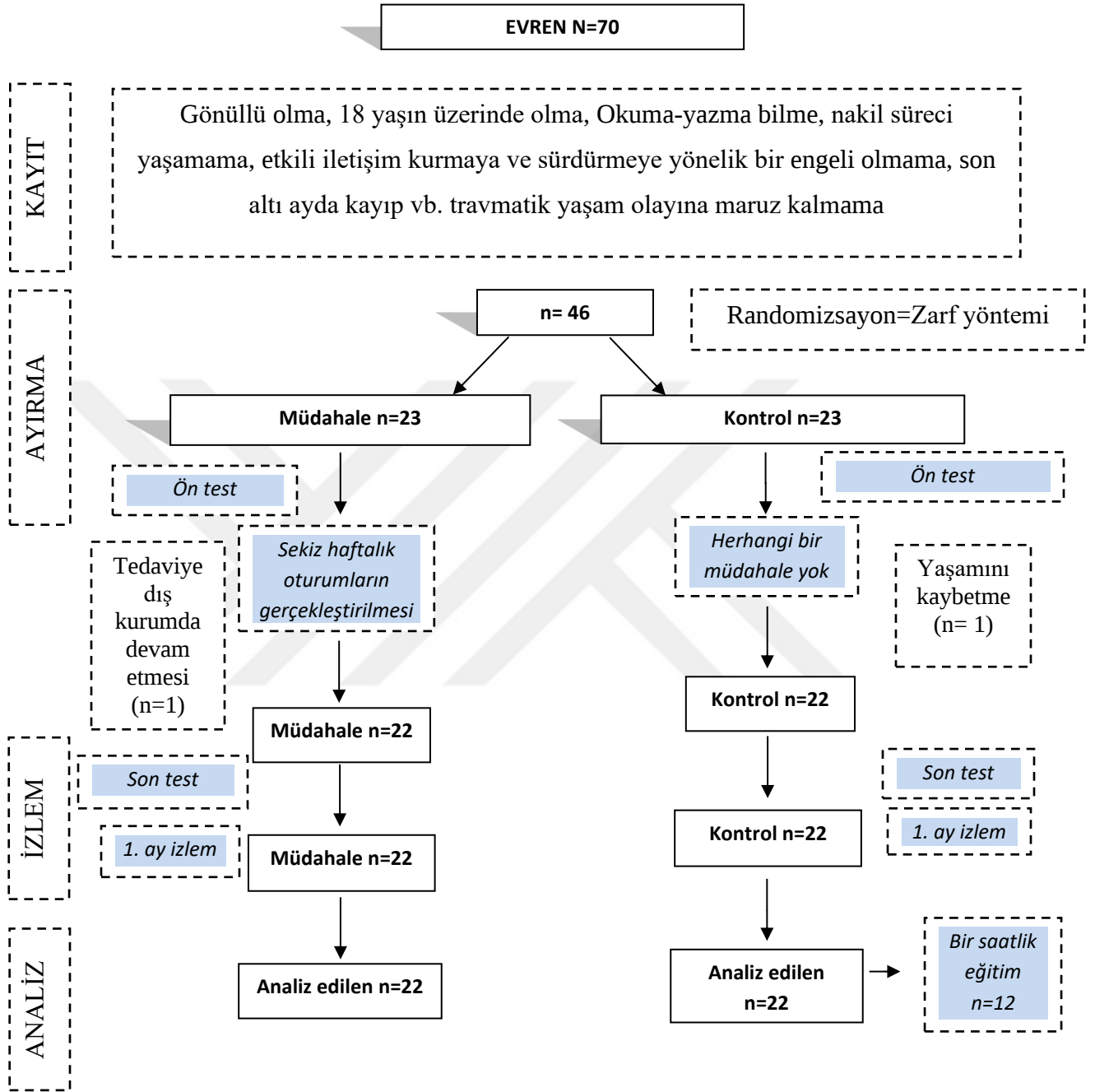
3.3.3. Randomizasyon ve körleme

Dahil edilme ve dışlama kriterlerine göre belirlenen bireylerin, hemodiyaliz tedavisi için hastaneye gelme günleri ve saatleri öğrenilmiştir ve Şekil 3.1.'de gösterilen şekilde, zarf yöntemi ile müdahale ve kontrol grubu belirlenmiştir. Pazartesi, çarşamba, cuma ve salı, perşembe, cumartesi olmak üzere tedavi günleri iki gruba ayrılmıştır. Belirlenen günler, sabah ve öğleden sonra olmak üzere bireyler dört gruba ayrılmıştır. Gruplar arası bulaşı önlemek amacıyla seans gün ve seans saatlerine göre randomizasyon yapılmıştır.



Şekil 3.1. Randomizasyon

Grupları belirlerken, zarfların seçimi araştırmacı dışında, danışman öğretim elemanı tarafından yapılmıştır. Çalışmada müdahaleyi uygulayan ve verileri değerlendiren araştırmacı aynı kişidir. Bu bağlamda, araştırmacı bireylerin müdahale/kontrol grubunda olduğunu bilerek uygulamayı gerçekleştirmiş, katılımcılar ise hangi grupta olduğunu bilmeden uygulamaya katılmışlardır. Bu araştırmada tek yönlü körleme yapılmıştır. Araştırmanın CONSORT akış diyagramı Şekil 3.2.'de verilmiştir.



Şekil 3.2. CONSORT akış diyagramı (Grant ve ark., 2018)

3.3.4. Güç ve etki büyüklüğü

Bu araştırmanın etki büyüklüğü 0,80 olarak öngörülmektedir. Kullanılan ölçeklerin puan ortalamaları ve standart sapmaları ile bağımsız t testi kullanılmıştır. Etki büyüklüğü hesaplanırken ölçekler ayrı ayrı hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü hesaplanmasında güç analiz sonucu en düşük olan DASS-21 stres alt boyutunun (güç: 0,801) güç puanı kullanılmıştır. Depresyon, alternatif yollar düşüncesi ve eyleyici düşünce alt boyutlarında büyük bir etki büyüklüğüne sahiplerdir ($d > 0,80$). Stres ve anksiyete alt boyutu için etki büyüklüğü orta düzeydedir ($0,80 > d > 0,20$) (Cohen, 1988). Araştırmada kullanılan her bir ölçek için güç analizi ve etki büyüklüğü hesaplanmıştır (Tablo 3.5).

Tablo 3.5. Güç ve Etki Büyüklüğü

ÖLÇEKLER		Güç analizi sonucu*	Etki büyüklüğü**
DASS-21	Depresyon	0,804	1,105
	Anksiyete	0,803	0,409
	Stres	0,801	0,610
SUÖ	Alternatif Yollar Düşüncesi	0,811	0,981
	Eyleyici düşünce	0,808	0,910

*Çalışmanın posthoc güç analizi Gpower 3.1.9.7. (Faul, Erdeğer, Lang ve Buchner., 2007) programı kullanılarak yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın değişkenleri

Araştırmanın bağımlı, bağımsız ve kontrol değişkenleri Tablo 3.6.'da gösterilmektedir.

Tablo 3.6. Araştırmanın bağımlı, bağımsız ve kontrol değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri	Araştırmanın bağımsız değişkenleri	Araştırmanın kontrol değişkenleri
DASS-21 ölçeği ve SUÖ puan ortalamaları	Umut odaklı motivasyonel görüşme	Sosyo-demografik özellikler

3.5. Veri toplama araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş, 22 sorudan oluşan Sosyodemografik veri formu (Ek 1.), DASS 21 (Ek 2.) ve SUÖ (Ek 3.) kullanılarak elde edilmiştir. Ölçeklerin kullanım izinleri yazarlardan alınmıştır (Ek 4.). Ön test, son test ve izlem verileri hastaların kendileri tarafından ve fiziksel olarak zorlanan bireylerin sözel cevapları doğrultusunda doldurulmuştur.

3.5.1. Sosyodemografik veri formu

Araştırmacı tarafından literatüre (Babur, 2019; El Filali ve ark, 2017; Okanlı ve Karabulutlu, 2011) dayalı olarak geliştirilen, bireylerin sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik 22 sorudan oluşmaktadır. Bu bölümde bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi verilerin yanı sıra, tedavi sürecine ilişkin bulguları değerlendirmeye yönelik sorular yer almaktadır.

3.5.2. Depresyon anksiyete stres ölçeği (DASS 21)

Lovibond ve Lovibond (1995) DASS-42'yi kısaltarak DASS- 21'i oluşturmuşlardır. Sarıçam (2018) tarafından “Depresyon Anksiyete Stres-21 ölçeğinin (Dass-21)” normal ve klinik örnekleme Türkçe versiyonun psikometrik özellikleri yapılmıştır. Normal örnekleme test tekrar test korelasyon katsayıları depresyon alt ölçeği için $r=0.68$, anksiyete alt ölçeği için $r=0.66$ ve stres alt ölçeği için $r=0.61$ olarak bulunmuştur. Dörtlü Likert tipi olan ölçek, “depresyon, stres ve anksiyete boyutlarını” ölçek 7’şer sorudan oluşmaktadır. Depresyon alt boyutu puanlarında, 0-4 puan arası normal, 5-6 puan hafif, 7-10 puan arası orta, 11-13 puan arası ileri ve 14 puan üzeri çok ileri depresyon düzeyini göstermektedir. Anksiyete alt boyutu puanlarında, 0-3 puan arası normal, 4-5 puan hafif, 6-7 puan orta, 8-9 puan ileri ve 10 puan üzeri çok ileri anksiyete düzeyini göstermektedir. Stres alt boyutu puanlarında, 0-7 puan arası normal, 8-9 puan hafif, 10-12 puan arası orta, 13-16 puan arası ileri ve 17 puan üzeri çok ileri stres düzeyini göstermektedir. Bireyin depresyon alt boyutundan 5 puan ve üzeri, anksiyeteden 4 puan ve üzeri, stresten 8 puan ve üzeri alması ilgili probleme sahip olduğunu göstermektedir (Sarıçam, 2018). Bu çalışmada, ön test, son test ve izleminden elde edilen verilerin cronbach alfa güvenilirlik

katsayıları arasında, en düşük cronbach alfa değeri 0,206 ve en yüksek cronbach alfa değerinin 0,870 olduğu görülmüştür. (Tablo 3.7.).

3.5.3. Sürekli umut ölçeği (SUÖ)

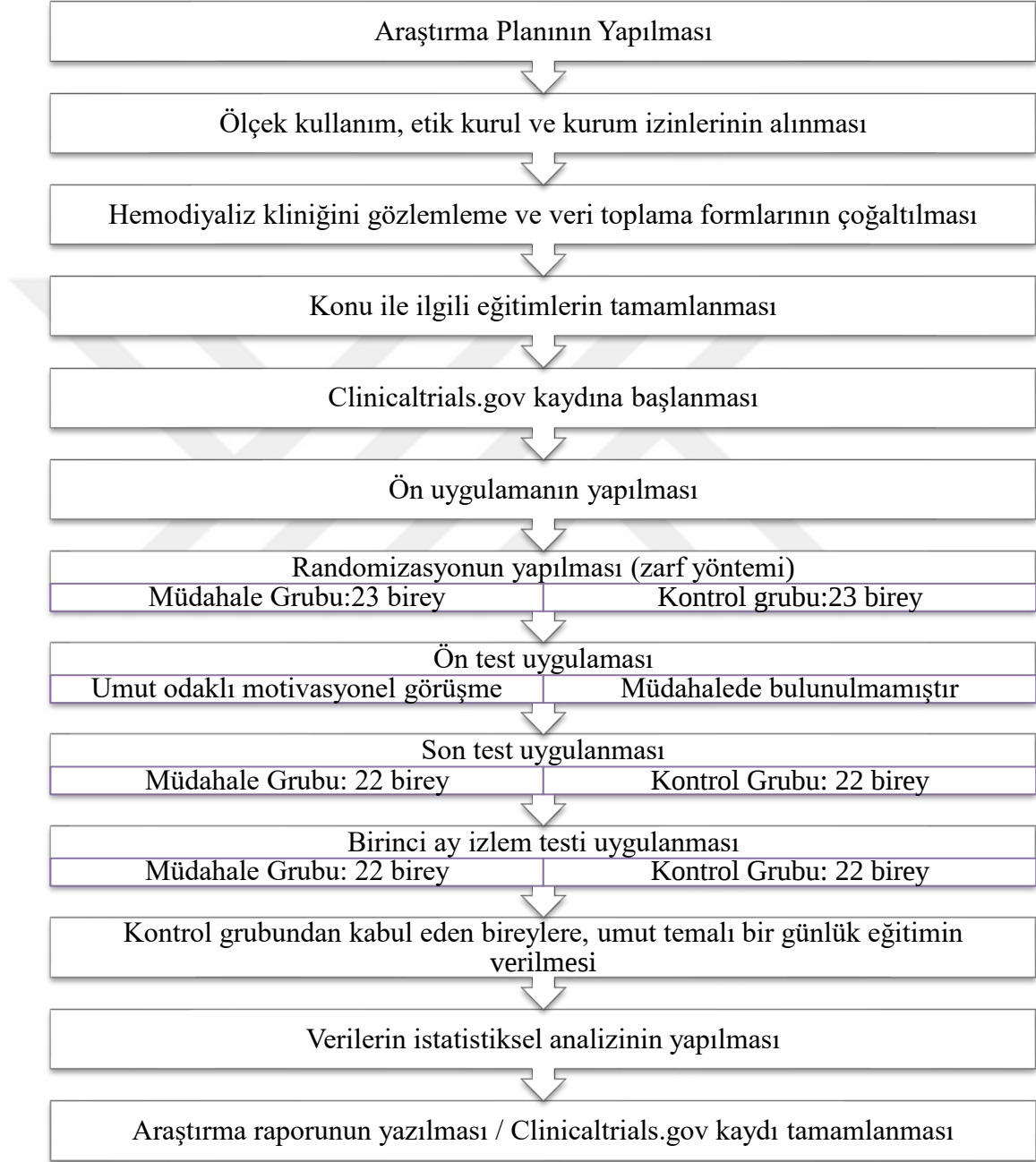
Snyder ve ark., (1991) tarafından geliştirilen SUÖ Tarhan ve Bacanlı (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Likert tipi olan ölçek 12 maddeden oluşmaktadır. Alternatif Yollar Düşüncesi ve Eyleyici Düşünce olmak üzere iki alt boyutu vardır ve her alt boyuta ait dört madde vardır. Bu maddelerden bir tanesi geçmişe, iki tanesi içinde bulunulan zamana ve bir tanesi geleceğe yöneliktir. Geri kalan dört madde ise umutla ilgili olmayıp dolgu maddeleridir. Eyleyici düşünce alt boyutunun Cronbach Alfa değerinin 0.71- 0.76, alternatif yollar düşüncesi alt boyutunun Cronbach Alfa değerinin 0.63- 0.80, toplamda Cronbach Alfa değerinin 0,74- 0,84 arasında olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık katsayısı 0.84, test-tekrar test yöntemiyle elde edilen güvenirlik katsayısı Eyleyici Düşünce Boyutu için 0.81, Alternatif Yollar Düşüncesi boyutu için 0.78 ve ölçeğin toplam puanı için 0.86 olarak hesaplanmıştır. Bireylerden maddelerdeki ifadelerin kendi durumlarını yansıtmaya derecelerini Likert tipi sekizli bir derecelendirme ölçeği üzerinde işaretlemeleri istenmektedir. Ölçek puanlanırken dolgu maddelerine puan verilmemekte, Alternatif Yollar Düşüncesi ve Eyleyici Düşünce alt boyutlarından elde edilen puanlar toplanarak SUÖ toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan sekiz, en yüksek puan 64'tür. Ölçekten alınan puan bireyin umut düzeyinin göstergesi olup, puan artışı umut düzeyinin artışı biçiminde yorumlanmaktadır (Tarhan ve Bacanlı, 2015). Bu çalışmada, ön test, son test ve izleminden elde edilen verilerin cronbach alfa güvenirlik katsayıları arasında, en düşük cronbach alfa değerinin 0,344 ve en yüksek cronbach alfa değerinin 0,913 olduğu saptanmıştır (Tablo 3.7.).

Tablo 3.7. Ölçüm araçlarının cronbach alpha güvenilirlik katsayıları

Ölçüm araçları	Müdahale grubu			Kontrol grubu		
	Ön Test	Son Test	İzlem	Ön Test	Son Test	İzlem
DASS-21						
Depresyon	0,710	0,612	0,487	0,856	0,833	0,763
Anksiyete	0,641	0,648	0,206	0,870	0,853	0,833
Stres	0,598	0,316	0,310	0,845	0,790	0,835
SUÖ						
Alternatif Yollar Düşüncesi	0,694	0,400	0,344	0,901	0,870	0,913
Eyleyici düşünce	0,806	0,731	0,374	0,913	0,868	0,857

3.6. Uygulama

Araştırmanın uygulama süreci Şekil 3.3'te verilmiştir.



Şekil 3.3. Araştırmanın uygulama süreci

3.6.1.Umut odaklı motivasyonel görüşme (UOMG) planı

Araştırmanın UOMG planında (Ek 5), Snyder'in umut terapisi ve motivasyonel görüşme protokollerinden yararlanılmıştır (Miller ve Rollnick, 2013; Snyder ve ark., 2002). Görüşme protokolü sekiz haftadan oluşmaktadır ve görüşme diyaliz tedavisi sırasında her bir bireye bireysel olarak uygulanmıştır. Her oturumun hedefleri ve hedeflere yönelik ödevleri mevcuttur. Oluşturulan görüşme planı, psikiyatri hemşireliği alanında uzman, iki öğretim üyesinden uzman görüşü alınmış ve değerlendirme herhangi bir revizyona gereksinim duyulamamıştır.

Görüşme, tanışma ve güven ilişkisi sağlamak amacıyla başlamış ve bireyin umut kavramı hakkındaki bilgi düzeyi ile devam etmiştir. Umut kavramının anlamı anlatılmıştır. Bireyin yaşamında umut deneyimlerini ele alarak görüşmeler devam etmiştir. Deneyimler üzerine, 'şu an 'da var olan umut ettiği hedefler görüşülmüştür. Bireyin yaşamında öncelik verdiği hedefler arasından bir hedef belirlenip, hedefe yönelik yollar, yollara ek alternatif yollar ve hedefe ulaşmak için ne gibi davranışlar sergilenmesi gerektiği görüşülmüştür. Yaşamın her anında var olabilecek engeller hakkında görüşme sürdürülmüştür. Şu anda var olan davranışları ile hedefine ulaşmada gereken davranışlar arasındaki farklılığı görmesi için motivasyonel görüşme sorularından yararlanılmıştır. Ambivalansı ortaya çıkarılıp bu doğrultuda görüşme sürdürülmüştür. Geçmişte başarılı olunan yaşam deneyimlerine vurgu yapılarak birey desteklenmiştir. Yansıtma tekniği sık sık kullanılmıştır. Görüşmeler boyunca gözlem yapılmış ve bireyin yaşadığı duygulara önem verilmiştir. Motivasyonel görüşmenin temeli olan empati görüşmenin her aşamasında yer almaktadır. Her birey değerlidir felsefesi doğrultusunda bireylere özgü görüşmeler sürdürülmüştür. Saygı ve gerçeklik görüşmeler boyunca sürmüştür. Görüşme boyunca sözsüz iletişime önem verilmiştir. Bireylerin ses tonu, konuşma hızı, yüz ifadeleri, göz hareketleri, vücut hareketleri ve postürü gözlemlenmiştir. Ağlama yaşanan durumlarda sessizlik sağlanmış ve rahatlanması için beklenmiştir. Gerekli anlarda nefes egzersizi gibi rahatlatıcı ve kısa süreli egzersizler yapılmıştır. Her görüşme başlangıcında, hatırlatıcı olmak için, bir önceki görüşmenin özeti konuşulmuştur. Görüşmelerin adımlarında umut ağacı kullanılmıştır. Bireye uygulanan müdahalenin görselleştirilmesi ve bilgilerin kalıcılığının sağlanması amaçlanmıştır. Terapötik dokunma, pandemi koşulları nedeniyle uygulanamamıştır.

Görüşme boyunca, bireyin ihtiyacı var ise bilgi verme, destekleme, duyguları yönetme, bireyi güçlendirme gibi birçok hemşirelik girişiminden yararlanılmıştır.

3.6.2. Umut ağacı

Çalışma kapsamında, umudu somutlaştırmak, oturumlar arasındaki bağlantıyı kurmak ve etkileşimi sürdürmek adına umut ağacı materyali oluşturulmuştur. Sözel olarak dile getirilemeyen duygu, düşünce ve davranışları semboller aracılığıyla daha rahat ifade edilebileceği bilgisinden yola çıkılarak tasarlanmıştır. Her birey için bir umut ağacı oluşturulmuştur. Umut ağacı birey ile oturumlar sırasında yapılmıştır. Umut ağacı aracılığıyla, bireyin hedefler belirlemesi, bu hedeflere ulaşmadaki engelleri ve çözüm yollarını keşfetmesi amaçlanmıştır. Uygulama kapsamında; ilk olarak birey belirlediği hedefleri öncelik sırasına göre sıralayıp, öncelikli hedef/hedeflerini büyük diğerlerini küçük kelebeklerin üzerine yazması ve kendi seçtiği renkteki kartona yapıştırmaları istenmiştir. Sonraki haftada ağacın gövdesi seçtiği öncelikli hedef yazılarak oluşturulmuştur. Bir sonraki hafta ise seçtiği hedefe ulaşmasında belirlenen yollar için ağacın dalları kullanılmıştır. Yapraklar ise belirlenen yollarda karşılaşılabileceği durumları simgelemektedir. Son olarak bir sonraki haftada seçtiği renklerden çiçekler oluşturulmuş ve oluşturulan çiçekler bireyin kendini motive eden öz konuşmalarını belirtmektedir. Bu materyal aracılığıyla, görüşme kapsamında haftalık olarak planlanan görüşme konusu çalışılmıştır (Ek 6.)

3.7. Araştırmanın uygulama aşamaları

3.7.1. Araştırmacının hazırlığı

Araştırmacı uygulama aşaması öncesinde pozitif psikoloji, mindfulness ve motivasyonel görüşme ve pozitif psikoterapi temel danışmanlık eğitimini tamamlamıştır (Ek 7.).

3.7.2. Ön uygulama aşaması

Araştırmacı tarafından UOMG, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde dâhil edilme, dışlama ve çıkarılma kriterleri dikkate alınarak seçilmiş iki birey ile gerçekleştirilmiştir. Seçilen iki bireye, öncelikle ön test sonrasında sekiz haftalık görüşme yapılmıştır. Görüşmede umut ağacı oluşturulmuştur. Uygulama sonrası son test

değerlendirmesi ve bir ay sonunda izlem değerlendirmesi yapılmıştır. Uygulama sonrası, veri toplama araçlarının ve yapılan müdahalenin uygulanabilir olduğu görülmüştür. Bu iki birey örneklem dışı tutulmuştur.

3.7.3. Uygulama aşaması

Sekiz haftalık UOMG, hemodiyaliz tedavisi sırasında her bir bireye bireysel olarak uygulanmıştır. Görüşmeler 45-60 dk sürmüştür. Pandemi süreci olması nedeniyle sosyal mesafe kurallarına uyulup gereken önlemler (siperlik, maske, eldiven, önlük) alınmıştır. Diyaliz tedavisi başlangıç saatinden bir saat sonrasında, bireyler üniteye ve makineye uyumunu sağladıktan sonra ve görüşme sürecinin bölünmemesi için yaşam bulguları alındıktan görüşme başlatılmıştır. Görüşmeler yapılırken paravan olarak yataklar arasındaki perde kullanılmıştır. Her oturumun hedefleri ve hedeflere yönelik ödevleri aktarılıp, kontrolleri sağlanmıştır. Umut ağacı oturumların sürecine uygun şekilde tamamlanmıştır. Bireylerin yataklarının önünde bulunan masaları, umut ağacı yapımında kullanılmıştır. UOMG sekiz hafta sonunda sonlandırılmıştır ve son test uygulanmıştır. Bir ay sonrasında müdahale ve kontrol gruplarına izlem değerlendirilmesi için izlem testi uygulanmıştır. Çalışma sonunda kontrol grubunda yer alan bireylerin onayları doğrultusunda tek oturumluk umut temalı bir saatlik eğitim verilmiştir.

3.8. Verilerin analizi

Çalışma sürecinde örnekleme özgü (etki büyüklüğü, güç ve örneklem hesabında) G*Power 3.1.9.7 programı kullanılırken; çalışma sonunda elde edilen verilerin analizinde SPSS 23.0 programı kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks normallik testi ile değerlendirildi. Varyasyonların homojenliğini Levene testi ile kovaryansların eşitliği ise Box M ile değerlendirilmiştir. Çalışmada müdahale ve kontrol gruplarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalarında uygun istatistiksel yöntemler kullanıldı (Tablo 3.9.). Müdahale ve kontrol gruplarının benzerlik analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Ki-kare (Fisher's Exact Test, Pearson Ki-Kare Testi), bağımsız gruplarda t testi yapıldı. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliğinde Cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) kullanılırken; bağımsız gruplarda

t testine yönelik etki büyüklüğünün değerlendirilmesinde Cohen d (%95 CI) değeri kullanıldı. Müdahale ve kontrol grubunun depresyon, anksiyete, stres ve umut düzeylerinin grup, zaman, grup*zaman etkileşimi açısından incelenmesi tekrarlı ölçümlerde multivariate test yöntemi ile analiz edilmiştir. Anlamli çıkan durumlarda ikili karşılaştırmalar, Bonferroni düzeltmesi ile yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Etki büyüklüğünün değerlendirilmesinde partial eta kare (η^2) ve güç hesaplandı. Çalışmanın tamamında tip-1 hata değeri %5 alınarak $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Süreç içinde, Akdeniz Üniversitesi İstatistik Danışmanlık Uygulama ve Araştırma Merkezinden uzman desteği alınmıştır. Araştırmada kullanılan istatistik yöntem ve alanlar Tablo 3.8’de gösterilmiştir.

Tablo 3.8. Araştırmada kullanılan istatistik yöntem ve alanlar

İstatistik Yapılan Alanlar	Kullanılan İstatistiksel Yöntemler
Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü, Güç Analizi ve Etki Büyüklüğü	G*Power (v3.1.9.2) programı Etki büyüklüğü hesaplama: Cohen d
Müdahale ve Kontrol Gruplarının Benzerlik Analizi	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Levene test, Ki kare (Fisher’s Exact Test, Pearson Ki-Kare Testi Ki-Kare), bağımsız gruplarda t testi
Ölçeklerin Güvenirliği	Cronbach alpha
Tanımlayıcı Veriler	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerler- SPSS programı
Dass-21 ve Suö Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi ve Gruplar Arası İkili Karşılaştırılması (Ön Test, Son Test ve İzlem Ölçüm)	Mann Whitney U, Kruskal Wallis, One way ANOVA, Ki kare ve t testi Bağımsız gruplarda t testi Etki büyüklüğünün değerlendirilmesinde partial eta kare
Müdahale ve Kontrol Grubunun Depresyon, Anksiyete, Stres ve Umut Düzeylerinin Grup, Ölçüm, Grup*Zaman Etkileşimi Açısından İncelenmesi	Multivariate test, Bonferroni düzeltmesi Etki büyüklüğünün değerlendirilmesinde partial eta kare Güç analizi

Hesaplamalar sonucunda elde edilen Cohen’s d değeri $d \leq 0,20$ küçük (zayıf); $0,20 < d < 0,80$ orta ve $d \geq 0,80$ büyük etki büyüklüğü şeklinde değerlendirilmektedir. Partial eta kare’nin değerlendirilmesinde ise 0,01 ise küçük, 0,06 ise orta ve 0,14 ise geniş olarak kabul edildi (Cohen J., 1988).

3.9. Araştırmanın etik boyutu

Araştırmaya başlamadan önce yüksek lisans tez önerisi Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından kabul edildi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (Sayı: 70904504/550 Karar no: KAEK-623 Tarih:26.08.2020) (Ek 8.). Araştırmanın kurum onayı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden alınmıştır (Ek 9.). Örneklem grubuna uyan bireylere araştırma hakkında gerekli bilgilendirme yapılmış, amacı, süresi ve aşamaları açıklanmış, araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılacakları bilgisi verilmiştir. Araştırmayı kabul eden bireylerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Ek 10.). Araştırmanın veri toplama sürecinde kullanılacak olan ölçekler için yazarlardan kullanım izni alınmıştır (Ek 4.). Araştırma Helsinki Bildirgesi kuralları doğrultusunda gerçekleştirilmiştir (World Medical Association, 2013).

3.10. Araştırmanın sınırlılıkları, güçlükleri ve güçlü yönleri

3.10.1. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma, çalışmanın örneklemini oluşturan Antalya ili ile ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde sürekli tedavi gören hemodiyaliz tedavisi alan 44 birey ile sınırlıdır. Çalışmaya dahil edilen bireylerin tamamı sadece hemodiyaliz tedavisi alan bireylerden oluşmuş, periton diyalizi ve ev hemodiyalizi ile tedavisi devam eden bireyler örneklem dışı bırakılmıştır. Bu durum çalışmanın bir başka sınırlılığı olarak değerlendirilmiştir.

3.10.2. Araştırmanın güçlükleri

Pandemi süreci sebebiyle, Covid-19 bulaş riski endişesi, müdahale sırasında araştırmacı ve katılımcıların etkileşimini sınırlandırarak, maske kullanımı, mesafe korunması vb önlemler terapötik ilişki kurmada zaman zaman güçlük yaşanmasına neden olmuştur.

3.10.3. Araştırmanın güçlü yönleri

Araştırmada UOMG uygulanan bireylerin uygulama sırasında umut ağacı materyalini oluşturmaya ve oturumlara devam etmeye istekli olmaları, tamamına yakınının (kurumdan ayrılması sebebiyle bir birey çalışmadan ayrılmıştır) tüm görüşmelere

katılması ve istekliliklerinin tüm süreç boyunca devam etmesi dolayısıyla yüksek katılımı sonuçların elde edilmesi çalışmanın güçlü yönü olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, katılımcıların süreç içinde belirledikleri hedefe yönelik eyleme geçtiklerini, bu doğrultuda kararlar aldıklarını ifade etmeleri ve görüşmeler sırasında oluşturulan umut ağacında yaptıkları paylaşımlarının (Ek 6), UOMG'nin bireyler üzerindeki olumlu etkisini ortaya koyan bir sonuç olduğu düşünülmüş ve çalışmanın güçlü yönü olarak değerlendirilmiştir.



4. BULGULAR

Bu araştırmada Umut odaklı motivasyonel görüşmenin (UOMG), hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin depresyon, anksiyete, stres ve umut düzeylerine etkisini gösteren bulgular değerdendirilmiştir. Bulgular “Bireylerin depresyon puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması”, “Bireylerin anksiyete puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması”, “Bireylerin stres puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması” ve “Bireylerin umut puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması” olmak üzere dört ana başlık altında verilmiştir.

4.1. Bireylerin depresyon puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması

Bu bölümde H₁1 hipotezi doğrultusunda bireylerin depresyon puan ortalamalarının müdahale ve kontrol gruplarının grup içi, gruplar arasına göre dağılımı, karşılaştırılması ve zamana bağılı değışimi (grup*zaman etkileşimi) Tablo 4.1 ve Şekil 4.1.’de yer almaktadır. Müdahale grubundaki depresyon puan ortalaması ön-test, son-test ve birinci ay izlem testlerinde sırasıyla 7,86±2,83, 1,68±1,55 ve 3±2,07 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda sırasıyla 5,91±3,87, 6,23±3,56 ve 5,91±3,15 olarak bulunmuştur. Müdahale grubunun depresyon düzeyi ön testte orta düzeyde iken, son test ve izlemde normal düzeydedir. Kontrol grubunun ön test ve son test puan ortalamalarında orta düzeydeyken, izlemde hafif düzeydedir.

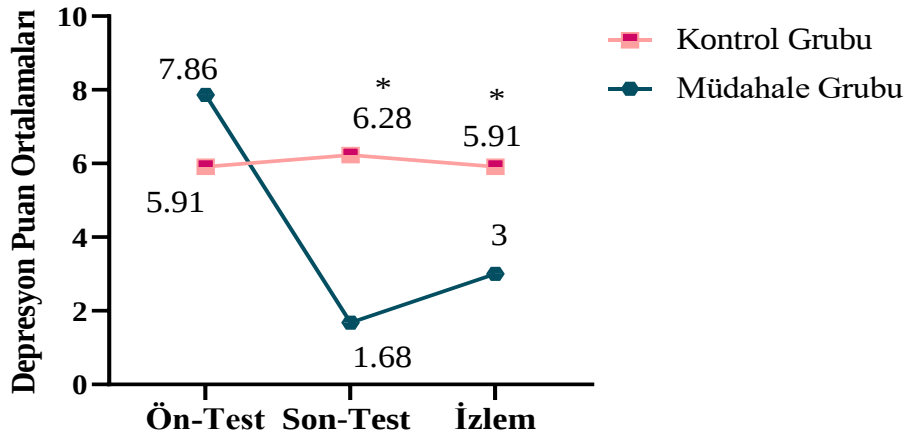
Araştırmada, tekrarlı ölçümlerde çoklu varyans analizi kullanılarak depresyon puan ortalamaları arasındaki fark olup olmadığını grup, ölçüm, grup*zaman etkileşimi açısından incelendi. Analiz sonucunda, müdahale ve kontrol grubunun (grup etkisi) depresyon puan ortalamaları farklı olduğu saptandı (F=41.861, p:0.000, $\eta^2=0,671$). Depresyon puan ortalamaları arasındaki farklılığın kaynağının tespiti için Post hoc testlerden Bonferroni testinde yararlanılmıştır. Yapılan Bonferroni testi sonucunda müdahale grubunun son test depresyon puan ortalaması ile kontrol grubunun (fark ortalaması=4.55, p=0,01) son test depresyon puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bir ay sonra gerçekleştirilen izlem çalışmasında,

müdahale grubunun depresyon puan ortalaması ile kontrol grubunun depresyon puan ortalaması (fark ortalaması=2.91, $p=0,01$) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubunda, depresyon puanı ortalamalarının ölçümlere göre incelenmesinde (ölçüm/test etkisi); puan ortalamalarının ölçümler arası farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($F=46.924$, $p=0,000$, $\eta^2=0,696$). Kontrol grubunda ise anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Müdahale grubunda bulunan depresyon puan ortalamaları arasındaki farklılığın kaynağının tespiti için Post hoc testlerden Bonferroni testinde yararlanılmıştır. Yapılan Bonferroni testi sonucunda müdahale grubunun ön test depresyon puan ortalaması ile son test puan ortalaması (fark ortalaması=6.18 $p\leq 0,01$) ve izlem ölçümü puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (fark ortalaması= 4.86, $p\leq 0,01$). Müdahale grubunun son test depresyon puan ortalaması ile izlem test puan ortalaması (fark ortalaması=1.32 $p\leq 0,01$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Grup*zamanın depresyon puan ortaları üzerine ortak etkisi (grup*zaman etkileşimi) incelendiğinde grup zaman etkileşimi anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F=88.255$ $p=0,000$, $\eta^2=0,812$). Müdahale grubunun depresyon puanında zaman içerisinde azalma meydana gelirken birinci ay izlemde, son teste göre artış olduğu görülmüştür. Bu bulgulara dayanarak, “H₁1: Umut odaklı motivasyonel görüşme yapılan hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin depresyon puan ortalamaları, kontrol grubuna göre daha düşüktür.” hipotezi müdahale grubu lehine kabul edilmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin depresyon puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması

	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Test değeri		Grup	Ölçüm	Grup-zaman
Testler	Ort±ss	Ort±ss	U*	p			
Ön- Test	7.86±2.83 ^{Aa}	5.91±3.87 ^A	175	0,11			
Son-Test	1.68±1.55 ^{Ab}	6.23±3.56 ^B	34	0,00			
İzlem	3±2.07 ^{Ab}	5.91±3.15 ^B	96	0,00			
χ^2 **	36,071	0,871					
p	0,000	0,647					
				F***	41.861	46.924	88.255
				p	0,000	0,000	0,000
				ηp^2	0,671	0,696	0,812

*Gruplar arası: U: Mann- Whitney U testi ** Grup içi: χ^2 : Friedmann's Two- Way testi ***F: Tekrarlı ölçümlerde çok yönlü MANOVA testi; ηp^2 : Parsiyel eta kare; Koyu olarak yazılmış puanlar $p<0,01$ olduğunu göstermektedir. Satır boyunca farklı büyük harfler istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,01$). Sütun boyunca farklı küçük harfler istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,01$).



*: $p \leq 0.01$

Şekil 4.1. Bireylerin depresyon puan ortalamalarındaki değişim

4.2. Bireylerin anksiyete puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması

Bu bölümde H_{12} hipotezi doğrultusunda, bireylerin anksiyete puan ortalamalarının müdahale ve kontrol gruplarının grup içi, gruplar arası değerlendirmesine göre dağılımı, karşılaştırılması ve zamana bağlı değişimi (grup*zaman etkileşimi) Tablo 4.2. ve Şekil 4.2.'de yer almaktadır. Müdahale grubundaki anksiyete puan ortalaması ön-test, son-test ve birinci ay izlem testlerinde sırasıyla 4.68 ± 3 , 0.82 ± 1.22 ve 1.14 ± 0.99 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda sırasıyla 2.91 ± 3.21 , 3.14 ± 3.17 ve 4.05 ± 3.39 olarak bulunmuştur. Müdahale grubunun ön test anksiyete puan ortalaması hafif düzeyde iken, son test ve izlem puan ortalamaları normal düzeydedir. Kontrol grubunda ise, ön test puan ortalaması normal düzeyde iken, son test ve izlem puan ortalaması hafif düzeydedir.

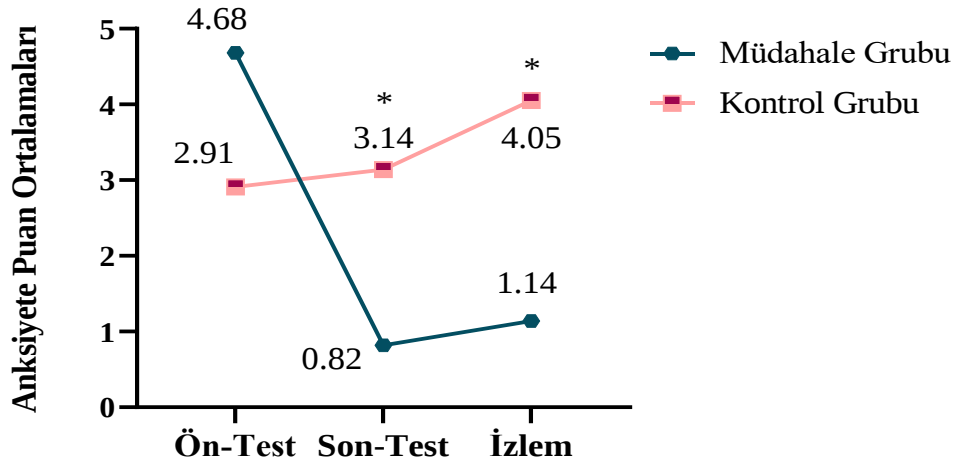
Araştırmada, tekrarlı ölçümlerde çoklu varyans analizi kullanılarak anksiyete puan ortalamaları arasındaki fark olup olmadığını grup, uygulamanın etkisi, grup*zaman etkileşimi açısından incelendi. Analiz sonucunda, müdahale ve kontrol grubunun (grup etkisi) anksiyete puan ortalamaları farklı olduğu saptandı ($F=23.425$, $p=0.000$, $\eta^2=0.533$). Anksiyete puan ortalamaları arasındaki farklılığın kaynağının tespiti için Post hoc testlerden Bonferroni testinde yararlanılmıştır. Yapılan Bonferroni testi sonucunda müdahale grubunun son test anksiyete puan ortalaması ile kontrol grubunun (fark ortalaması=2.32, $p=0.004$) son test anksiyete puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bir ay sonra gerçekleştirilen izlem çalışmasında, müdahale grubunun anksiyete puan ortalaması ile kontrol grubunun anksiyete puan ortalaması (fark ortalaması=2.91, $p=0.001$) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubunda, anksiyete puanı ortalamalarının ölçümlere göre incelenmesinde (uygulamanın etkisi); puan ortalamalarının ölçümler arası farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($F= 20.252$, $p:0.000$, $\eta^2=0.497$). Kontrol grubunda ise anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Müdahale grubunda bulunan anksiyete puan ortalamaları arasındaki farklılığın kaynağının tespiti için Post hoc testlerden Bonferroni testinde yararlanılmıştır. Yapılan Bonferroni testi sonucunda müdahale grubunun ön test anksiyete puan ortalaması ile son test puan ortalaması (fark ortalaması=3.86, $p \leq 0.01$) ve izlem ölçümü puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel

olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (fark ortalaması=3.54, $p \leq 0,01$). Müdahale grubunun son test anksiyete puan ortalaması ile izlem test puan ortalaması (fark ortalaması=0.32, $p=0,99$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görölmüştür. Grup*zamanın anksiyete puan ortaları üzerine ortak etkisi (grup*zaman etkileşimi) incelendiğinde grup zaman etkileşimi anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F=42.376$ $p=0,000$, $\eta^2=0,674$). Müdahale grubunun anksiyete puanında zaman içerisinde azalma meydana gelirken birinci ay izlemde, son teste göre artış görölmüştür. Bu bulgulara dayanarak, “H₁₂: Umut odaklı motivasyonel görüşme yapılan hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin anksiyete puan ortalamaları, kontrol grubuna göre daha düşüktür.” hipotezi müdahale grubu lehine kabul edilmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin anksiyete puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması

	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Test değeri		Grup	Ölçüm	Grup-zaman
Testler	Ort±ss	Ort±ss	U*	p			
Ön-Test	4.68±3 ^{Aa}	2.91±3.21 ^{Aa}	151	0,06			
Son-Test	0.82±1.22 ^{Ab}	3.14±3.17 ^{Ba,b}	113	0,00			
İzlem	1.14±0.99 ^{Ab}	4.05±3.39 ^{Bb}	114	0,00			
χ^2_{**}	31,103	6,745					
p	0,000	0,034					
				F****	23.425	20.252	42.376
				p	0.000	0,000	0,000
				η^2	0,533	0,497	0,674

*Gruplar arası: U: Mann- Whitney U testi ** Grup içi: χ^2 : Friedmann's Two- Way testi ***F: Tekrarlı ölçümlerde çok yönlü MANOVA testi; η^2 : Parsiyel eta kare; Koyu olarak yazılmış puanlar $p<0,01$ olduğunu göstermektedir. Satır boyunca farklı büyük harfler istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,01$). Sütun boyunca farklı küçük harfler istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,01$).



*: $p\leq0.01$

Şekil 4.2. Bireylerin anksiyete puan ortalamalarındaki değişim

4.3. Bireylerin stres puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması

Bu bölümde H₁₃ hipotezi doğrultusunda, bireylerin stres puan ortalamalarının müdahale ve kontrol gruplarının grup içi, gruplar arası değerlendirmesine göre dağılımı, karşılaştırılması ve zamana bağlı değişimi (grup*zaman etkileşimi) Tablo 4.3. ve Şekil 4.3.'te yer almaktadır. Müdahale grubundaki stres puan ortalaması ön-test, son-test ve birinci ay izlem testlerinde sırasıyla 7.95 ± 2.89 , 1.77 ± 1.31 ve 2.5 ± 1.22 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda sırasıyla 5.32 ± 3.24 , 5.45 ± 3.1 ve 5.23 ± 0.32 olarak bulunmuştur. Müdahale grubunun stres puan ortalaması ön testte hafif düzeyde olduğu saptanmış, son test ve izlemde normal düzeyde olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise stres puan ortalamaları normal düzeydedir.

Araştırmada, tekrarlı ölçümlerde çoklu varyans analizi kullanılarak stres puan ortalamaları arasındaki fark olup olmadığını grup, uygulamanın etkisi, grup*zaman etkileşimi açısından incelendi. Analiz sonucunda, müdahale ve kontrol grubunun (grup etkisi) stres puan ortalamaları farklı olduğu saptandı ($F=53.759$, $p=0.000$, $\eta^2=0.724$). Stres puan ortalamaları arasındaki farklılığın kaynağının tespiti için Post hoc testlerden Bonferroni testinde yararlanılmıştır. Müdahale grubunun son test stres puan ortalaması ile kontrol grubunun (fark ortalaması=3.68, $p \leq 0,01$) son test stres puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bir ay sonra gerçekleştirilen izlem çalışmasında, müdahale grubunun stres puan ortalaması ile kontrol grubunun stres puan ortalaması (fark ortalaması=2.73, $p \leq 0,01$) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Müdahale grubunda, stres puanı ortalamalarının ölçümlere göre incelenmesinde (uygulamanın etkisi); puan ortalamalarının ölçümler arası farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($F= 49.2332$, $p=0,000$, $\eta^2=0.706$). Kontrol grubunda ise anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Müdahale grubunda bulunan stres puan ortalamaları arasındaki farklılığın kaynağının tespiti için Post hoc testlerden Bonferroni testinde yararlanılmıştır. Yapılan Bonferroni testi sonucunda müdahale grubunun ön test stres puan ortalaması ile son test puan ortalaması (fark ortalaması=6.18, $p \leq 0,01$) ve izlem ölçümü puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (fark ortalaması=5.45, $p \leq 0,01$). Grup*zamanın stres puan ortalamaları üzerine ortak etkisi

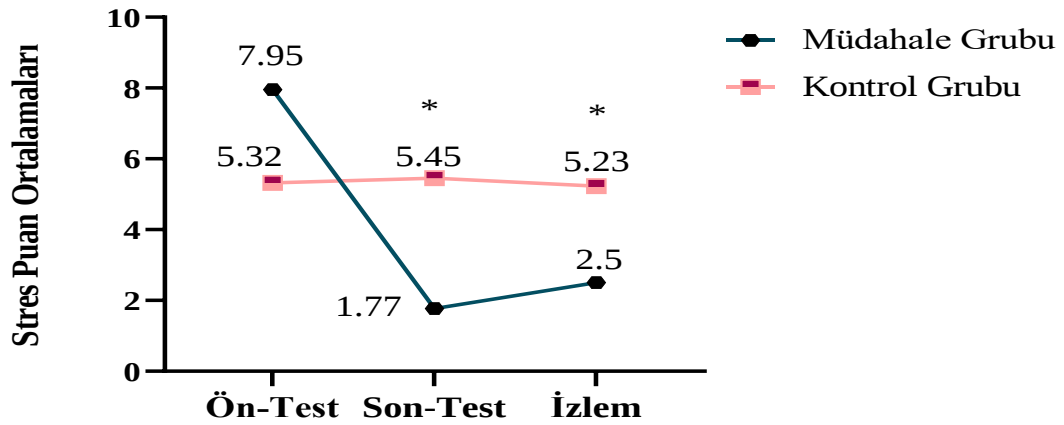
(grup*zaman etkileşimi) incelendiğinde grup zaman etkileşimi anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F=107.906$, $p=0,000$, $\eta^2=0,840$). Müdahale grubunun stres puanında zaman içerisinde azalma meydana gelirken birinci ay izlemde, son teste göre artış görülmüştür. Bu bulgulara dayanarak, “H₁₃: Umut odaklı motivasyonel görüşme yapılan hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin stres puan ortalamaları, kontrol grubuna göre daha düşüktür.” hipotezi müdahale grubu lehine kabul edilmiştir.



Tablo 4.3. Bireylerin stres puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması

	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Test değeri		Grup	Ölçüm	Grup-zaman
Testler	Ort±ss	Ort±ss	U*/T* ***	p			
Ön-Test	7.95±2.89 ^{Aa}	5.32±3.24 ^A	2.42 (42)	0,06			
Son-Test	1.77±1.31 ^{Ab}	5.45±3.1 ^B	50	0,00			
İzlem	2.5±1.22 ^{Ab}	5.23±0.32 ^B	4.46 (27)	0,00			
χ^2 **	35.224	0.732					
p	0,000	0,673					
				F****	0.724	49.233	102.93
				p	0.000	0,000	0,000
				ηp^2	0.724	0,706	0,834

*Gruplar arası: U: Mann- Whitney U testi ** Grup içi: χ^2 : Friedmann's Two- Way testi ***F: Tekrarlı ölçümlerde çok yönlü MANOVA testi **** Gruplar arası: T: Independent Samples T testi; ηp^2 : Parsiyel eta kare; Koyu olarak yazılmış puanlar $p<0,01$ olduğunu göstermektedir. Satır boyunca farklı büyük harfler istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,01$). Sütun boyunca farklı küçük harfler istatistiksel olarak farklıdır ($p<0,01$).



*: $p \leq 0.01$

Şekil 4.3. Bireylerin stres puan ortalamalarındaki değişim

4.4. Bireylerin umut puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması

Bu bölümde H₁₄ hipotezi doğrultusunda, bireylerin sürekli umut ölçeği alt boyutları olan Alternatif Yollar Düşüncesi ve Eyleyici düşünce puan ortalamalarının müdahale ve kontrol gruplarının grup içi, gruplar arası değerlendirmesine göre dağılımı, karşılaştırılması ve zamana bağlı değişimi (grup*zaman etkileşimi) Tablo 4.4, Şekil 4.4. ve Şekil 4.5'te yer almaktadır. Müdahale grubundaki Alternatif Yollar Düşüncesi puan ortalaması ön-test, son-test ve birinci ay izlem testlerinde sırasıyla 20.14±11.4, 29.05±1.43 ve 27.18±1.5 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda sırasıyla 21.55±4.7, 22.09±4.05 ve 21±4.62 olarak bulunmuştur. Müdahale grubundaki Eyleyici düşünce puan ortalaması ön-test, son-test ve birinci ay izlem testlerinde sırasıyla 20.14±13, 28±1.84 ve 26.45±1.37 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda sırayla 20.55±4.7, 21.6±4 ve 20.91±4.17 olarak bulunmuştur.

Araştırmada, tekrarlı ölçümlerde çoklu varyans analizi kullanılarak umut puan ortalamaları arasındaki fark olup olmadığını grup, uygulamanın etkisi, grup*zaman etkileşimi açısından incelendi. Analiz sonucunda, müdahale ve kontrol grubunun (grup etkisi) Alternatif Yollar Düşüncesi puan ortalamaları farklı olduğu saptandı ($F=58.908$, $p=0.000$, $\eta^2=0.742$). Alternatif Yollar Düşüncesi puan ortalamaları arasındaki farklılığın kaynağının tespiti için Post hoc testlerden Bonferroni testinde yararlanılmıştır. Müdahale grubunun son test puan ortalaması ile kontrol grubunun (fark ortalaması=6.96, $p\leq 0,01$) son test puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bir ay sonra gerçekleştirilen izlem çalışmasında, müdahale grubunun Alternatif Yollar Düşüncesi puan ortalaması ile kontrol grubunun puan ortalaması (fark ortalaması=6.18, $p\leq 0,01$) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubunda, Alternatif Yollar Düşüncesi puanı ortalamalarının ölçümlere göre incelenmesinde (uygulamanın etkisi); puan ortalamalarının ölçümler arası farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($F= 55.929$, $p=0,000$, $\eta^2=0.732$). Kontrol grubunda ise izlem ve son test arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.02$). Müdahale grubunda bulunan Alternatif Yollar Düşüncesi puan ortalamaları arasındaki farklılığın kaynağının tespiti için Post hoc testlerden Bonferroni testinde yararlanılmıştır. Yapılan Bonferroni testi sonucunda müdahale grubunun ön test Alternatif Yollar Düşüncesi puan

ortalaması ile son test puan ortalaması (fark ortalaması=8.91, $p \leq 0,01$) ve izlem ölçümü puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (fark ortalaması=7.04, $p \leq 0,01$). Kontrol grubunun Alternatif Yollar Düşüncesi son test puan ortalaması ile izlem puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmıştır (fark ortalaması=1.09, $p \leq 0,01$). Grup*zamanın Alternatif Yollar Düşüncesi puan ortalamaları üzerine ortak etkisi (grup*zaman etkileşimi) incelendiğinde grup zaman etkileşimi anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F=107.906$, $p=0,000$, $\eta^2=0,840$). Müdahale grubunun Alternatif Yollar Düşüncesi puanında zaman içerisinde artma meydana gelirken birinci ay izlemde, son teste göre azalma görülmüştür. Kontrol grubunda ise son test puanına göre izlemde azalma görülmüştür.

Tekrarlı ölçümlerde çoklu varyans analizi sonucunda, müdahale ve kontrol grubunun (grup etkisi) Eyleyici düşünce puan ortalamaları farklı olduğu saptandı ($F=43.875$, $p=0.000$, $\eta^2=0.682$). Eyleyici düşünce puan ortalamaları arasındaki farklılığın kaynağının tespiti için Post hoc testlerden Bonferroni testinde yararlanılmıştır. Müdahale grubunun son test puan ortalaması ile kontrol grubunun (fark ortalaması=6.4, $p \leq 0,01$) son test puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bir ay sonra gerçekleştirilen izlem çalışmasında, müdahale grubunun Eyleyici düşünce puan ortalaması ile kontrol grubunun puan ortalaması (fark ortalaması=5.54, $p \leq 0,01$) arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubunda, Eyleyici düşünce puanı ortalamalarının ölçümlere göre incelenmesinde (uygulamanın etkisi); puan ortalamalarının ölçümler arası farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($F=64.795$, $p=0,000$, $\eta^2=0.758$). Müdahale grubunda bulunan Eyleyici düşünce puan ortalamaları arasındaki farklılığın kaynağının tespiti için Post hoc testlerden Bonferroni testinde yararlanılmıştır. Yapılan Bonferroni testi sonucunda müdahale grubunun ön test Eyleyici düşünce puan ortalaması ile son test puan ortalaması (fark ortalaması=7.89, $p \leq 0,01$) ve izlem ölçümü puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (fark ortalaması=6.31, $p \leq 0,01$). Müdahale grubunun son test ve izlem ölçümü puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (fark ortalaması=1.55, $p \leq 0,01$). Grup*zamanın Eyleyici düşünce puan ortalamaları üzerine ortak etkisi (grup*zaman etkileşimi) incelendiğinde grup zaman etkileşimi anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F=105.435$, $p=0,000$, $\eta^2=0,837$). Müdahale grubunun Eyleyici düşünce

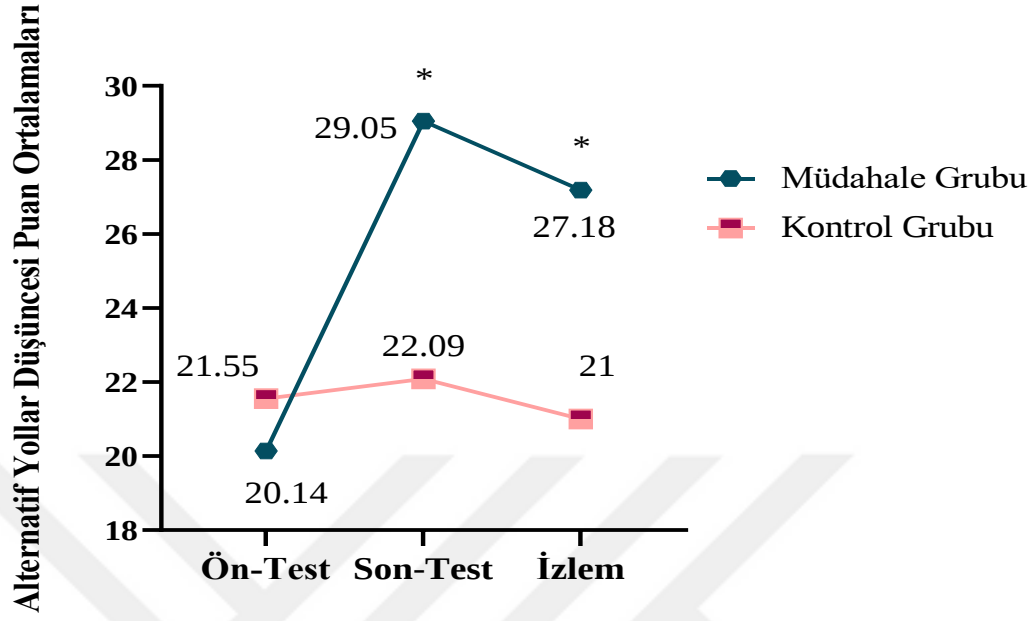
puanında zaman içerisinde artma meydana gelirken birinci ay izlemde, son teste göre azalma görülmüştür. Bu bulgulara dayanarak, “H₁₄: Umut odaklı motivasyonel görüşme yapılan hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin umut puan ortalamaları, kontrol grubuna göre daha yüksektir.” hipotezi müdahale grubu lehine kabul edildi.



Tablo 4.4. Bireylerin umut puan ortalamalarının, gruplar arası ve grup içi karşılaştırması

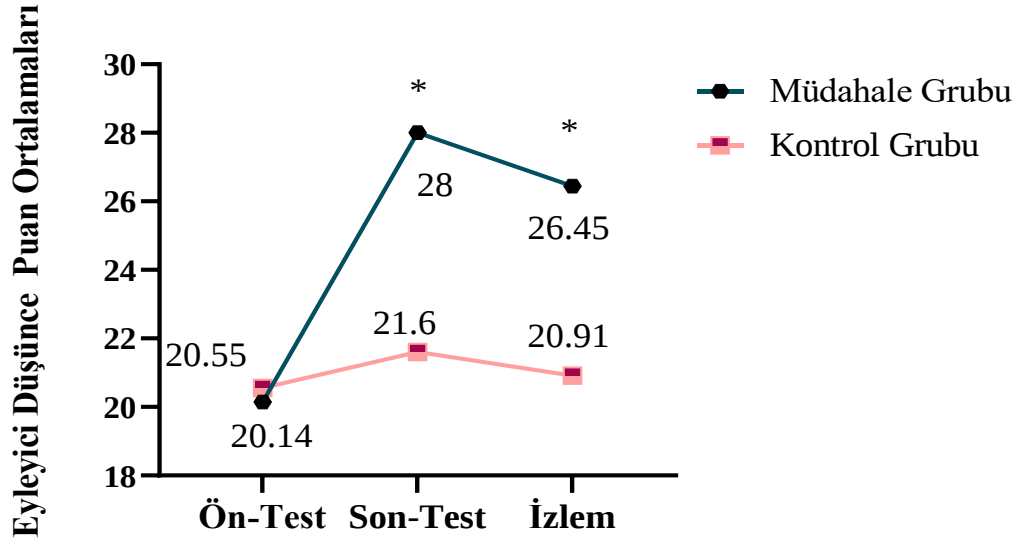
Alternatif Yollar Düşüncesi Puan Ortalamaları						
	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Test değeri		Grup	Ölçüm Grup-zaman
Testler	Ort ss	Ort ss	U*	p		
Ön-Test	20.14±11.4 ^{Aa}	21.55±4.7 ^{Aa,b}	147	0,08		
Son-Test	29.05±1.43 ^{Ab}	22.09±4.05 ^{Ba}	46	0,00		
İzlem	27.18±1.5 ^{Ac}	21±4.62 ^{Bb}	69	0,00		
χ^2	41,952	6,745				
p	0,000	0,002				
				F***	58.908	55.929
				p	0.000	0,000
				ηp^2	0.742	0,732
					0,840	0,840
Eyleyici Düşünce Puan Ortalamaları						
	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	Test değeri		Grup	Ölçüm Grup-zaman
Testler	Ort ss	Ort ss	U*/T	p		
Ön-Test	20.14±13 ^{Aa}	20.55±4.7 ^{Aa}	149	0,08		
Son-Test	28±1.84 ^{Ab}	21.6±4 ^{Ba,b}	53	0,00		
İzlem	26.45±1.37 ^{Ac}	20.91±4.17 ^{Bb}	5.8	0,00		
χ^2	40,135	10,107	(25)			
p	0,000	0,006				
				F***	43.875	64.795
				p	0.000	0,000
				ηp^2	0,682	0,758
					0,837	0,837

*Gruplar arası: U: Mann- Whitney U testi ** Grup içi: χ^2 : Friedmann's Two- Way testi ***F: Tekrarlı ölçümlerde çok yönlü MANOVA testi **** Gruplar arası: T: Independent Samples T testi; ηp^2 : Parsiyel eta kare; Koyu olarak yazılmış puanlar p<0,01 olduğunu göstermektedir. Satır boyunca farklı büyük harfler istatistiksel olarak farklıdır (p<0,01). Sütun boyunca farklı küçük harfler istatistiksel olarak farklıdır (p<0,01).



*: $p \leq 0.01$

Şekil 4.4. Bireylerin alternatif yollar düşüncesi puan ortalamalarındaki değişim



*: $p \leq 0.01$

Şekil 4.5. Bireylerin eyleyici düşünce puan ortalamalarındaki değişim

5. TARTIŞMA

Umut odaklı motivasyonel görüşmenin, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin depresyon, anksiyete, stres puan ortalamalarında azalma ve umut puan ortalamalarında artış tespit edilmiştir ve bu doğrultuda araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

KBY tedavisi alan bireylerde sıklıkla görülen depresyon, anksiyete, stres ve umutsuzluk gibi ruhsal semptomları değerlendiren farklı çalışmalar vardır (Chen ve ark., 2010; Demiroğlu ve Bülbül, 2021; Demirci, 2022; Delgado-Domínguez ve ark., 2021; Başaran ve ark., 2016). Demiroğlu ve Bülbül'ün yaptığı çalışmada, hemodiyaliz tanılı bireylerin %18'inin ileri depresyon düzeyine sahip olduğu belirtilmektedir (Demiroğlu ve Bülbül, 2021). Chen ve arkadaşlarının yaptığı araştırmanın sonucunda da 200 hemodiyaliz hastasının %35'inin depresyon semptomlarına ve %21,5'inin intihar düşüncesine sahip olduğu saptanmıştır (Chen ve ark., 2010). Bu çalışmanın müdahale öncesi verilerine göre de katılımcıların depresyon puan ortalamalarının hem müdahale hem de kontrol grubunda orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Depresyon düzeyindeki bu bulgu literatürde belirtildiği gibi KBY'li bireylerde depresyon semptomlarının varlığını destekler niteliktedir.

Bu çalışmada yer alan bireylerin %54,5'i, 65 yaşın üstündedir. Selimoğlu Namoğlu ve Bülbül (2021)'ün çalışmasında KBY'li bireylerin yaş ortalamasına da dikkat çekilerek, diyaliz tedavisi alan yaşlı bireylerin, depresyon düzeylerinin orta seviyenin üzerinde olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmanın da örneklem grubunun çoğunluğunun yaşlı bireylerden oluşması, ön testte tespit edilen depresif bulguların orta düzeyde olması ile benzerlik göstermektedir.

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin tedavi sürecinde gelişen ruhsal semptomları değerlendiren çalışmalarda, bir başka parametre olarak anksiyete düzeylerinin değerlendirildiği görülmektedir. Delgado-Domínguez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %34'ünün antidepresan ve anksiyolitik ilaç tedavisi aldığı belirtilmektedir (Delgado-Domínguez ve ark., 2021). Demirci'nin tanımlayıcı türdeki çalışmasında, hemodiyaliz tedavisi alan 320 kişinin %18,8'inde hafif, %3,8'inde orta ve %0,3'ünde ağır düzeyde anksiyete semptomlarının görüldüğü saptanmıştır (Demirci, 2022). Covid-19

döneminde yapılan bir araştırmada da hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin %28,5'inin orta ve şiddetli anksiyete düzeylerine sahip olduğu ifade edilmektedir (Delghan ve ark., 2021). Bu çalışmanın sonucunda da elde edilen bulgulara göre, müdahale öncesi bireylerin anksiyete düzeyi, müdahale grubunda hafif, kontrol grubunda ise normal düzeyde iken, müdahale sonrası düzeylerinin, müdahale grubunda normal düzeye gerilediği, kontrol grubunda ise hafif düzeye yükseldiği görülmektedir. DASS-21 ölçeğinin değerlendirmesine göre müdahale ve kontrol grubunun ön testte farklı düzeyde görülmesine rağmen istatistiksel testlere göre ön test sonuçlarında anlamlı fark yoktur. Pandemi sürecinin belirsizliği, hemodiyaliz tedavisinin beraberinde getirdiği güçlükler, katılımcılar arasında 65 yaş ve üzeri bireylerin varlığı, kronik hastalığa sahip olma, sürekli hastaneye gelmek durumunda kalma gibi durumların hastalığa yakalanma ihtimalini arttırması düşüncesi, bireylerin anksiyete seviyesini etkileyen faktörler olarak değerlendirilmiştir. Yapılan müdahalenin kapsamında umudu ve motivasyonunu arttırmaya yönelik girişimlerin varlığının, bireylerin anksiyete seviyesindeki azalmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Hemodiyaliz tedavisi alan bireyler, KBY tanısına ek olarak, ağrı, yorgunluk, diyet kısıtlaması, güçsüzlük, rollerde değişim, bağımlı olma korkusu gibi birçok biyopsikososyal stresörle karşılaşmaktadırlar (Saeida-Ardakani ve ark., 2012; Sadeghian ve ark., 2017). Stresörlere maruz kalma ve stres yönetiminde yetersizlik durumu, terapötik uyumda zorlanma, mortalite ve yatış oranlarında artışa sebep olmaktadır (Jafari ve ark., 2013). Daha önce yapılan çalışmalarda, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin normal değerin üzerinde strese sahip olduğu görülmüştür (Shokrpour ve ark., 2021; Ghasemi Bahraseman ve ark., 2021). Bu çalışmada da literatürle uyumlu olarak müdahale öncesi müdahale grubundaki bireylerin stres puan ortalamasının hafif düzeyde olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda DASS-21 ölçek değerlendirmesine göre normal düzeyde saptanmış fakat istatistiksel olarak müdahale grubuna kıyasla anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Müdahale kapsamında engellerin ele alındığı oturumda bireyler tarafından getirilen konular genellikle stres faktörlerini açıklar niteliktedir. Görüşme sürecinde kullanılan umut ağacı aracılığıyla, bireylerin yaşamlarındaki engelleri belirleme, stresörleri tanıma, çözüm yolları üretme konusunda farkındalık kazanmaları ve bunlara

bağlı olarak, bu müdahalenin umutlarını ve baş etmelerini güçlendirdiği, dolayısıyla bireylerin stres düzeylerini azaltması açısından etkili olduğu düşünülmektedir.

Literatürde, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin düzenli egzersiz yapma durumu araştırılmış ve egzersiz yapmama sebepleri arasında, sağlık personeli tarafından bilgilendirilmediği gerekçesinin yer aldığı görülmüştür (Özer ve Akkoyun, 2021). UOMG'nin, oturma konularından birinde, egzersizin önemi de yer almaktadır. Yapılan araştırmalarda, öz bakım (Gerçek, 2021), tedaviye uyum ve diyetle uygun beslenme (Yangöz, 2020; Ok ve Kutlu, 2021) değerlendirilmiştir. Literatüre uyumlu olarak, araştırmamızda bireylerin çoğunluğu, sosyal yaşamda kısıtlanma, rol değişikliği, aile içi ilişkilerde bozulma, gelecek hakkında belirsizlik, tedaviye uyum güçlüğü, diyetle uygun beslenmede zorluk, düzenli egzersiz yapmada zorluk, hareket kısıtlılığı ve kişisel bakımda zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca bağımsızlığını kaybetme düşüncesi ve üzüntü, umutsuzluk, endişe ve güvensizlik hissi gibi durumların varlığını tüm katılımcılar onaylamıştır. Bu bağlamda hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin umut düzeylerini olumsuz etkileyen birçok faktör olduğu görülmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda, yapılan bu çalışmada, bireylerin umut düzeylerini belirlemekten çok, bireylerin mevcut umut düzeylerini geliştirmeye odaklanılmıştır. Müdahale kapsamında her bir bireyin mevcut umut puan ortalamasının artırılması hedeflenmiştir. Çalışmanın sonucunda da müdahale grubunun müdahale sonrası umut puan ortalamasının artması ve izlemde de bu artışın belirli bir oranda korunması, kontrol grubunda ise umut puan ortalamasının giderek azaldığının tespit edilmesi, yapılan müdahalenin bireylerin umutlarını artırma ve bu umudu korumada etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Literatürde yer alan, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin psikososyal bakımını sağlamada uygulanan çalışmalarda, motivasyonel görüşme oturumlarının, beş seans ve 90 dakika (Dashtidehkordi ve ark., 2018) ya da dört hafta ve haftada iki gün (Kusumawardani ve ark., 2022) şeklinde uygulandığı belirtilmiştir. Sıvı kısıtlaması, ilaç yönetimi, diyetle uyum (Ok ve Kutlu, 2021), tedaviye uyum (Yangöz, 2020), duygular, davranış, değişim ve değerler (Dashtidehkordi ve ark., 2018) görüşmelerde ele alınan konulardır. Çalışmamızda UOMG bireysel görüşmeler şeklinde, haftada bir kez olmak üzere sekiz oturumda gerçekleştirilmiştir. Görüşme konuları fizyolojik değişimlerden çok bireyin ruh

sağlığını geliştirmeyi amaçlayan, umudu algılama biçimi ve umut kaynaklarını değerlendirmesini sağlayacak, mevcut umut düzeyini, belirlediği hedefe ulaşmada gereken motivasyonunu arttırmayı amaçlayan bir müdahale olarak yapılandırılmıştır. Bu yönü ile özgün ve etkili bir müdahale olduğu düşünülmektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Umut odaklı motivasyonel görüşme (UOMG)'nin, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin depresyon, anksiyete, stres ve umut düzeylerine etkisini saptamak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Umut odaklı motivasyonel görüşme yapılan hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin depresyon puan ortalamaları, kontrol grubuna göre daha düşüktür.
- Umut odaklı motivasyonel görüşme yapılan hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin anksiyete puan ortalamaları, kontrol grubuna göre daha düşüktür.
- Umut odaklı motivasyonel görüşme yapılan hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin stres puan ortalamaları, kontrol grubuna göre daha düşüktür.
- Umut odaklı motivasyonel görüşme yapılan hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin umut puan ortalamaları, kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Bu çalışmanın sonucunda UOMG'nin hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin depresyon, anksiyete ve stres düzeyini azaltmada, umut düzeyini arttırmada olumlu etkisinin olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda eğitim, uygulama, araştırma, bakım, tedavi ve eğitime yönelik olmak üzere üç grupta öneriler sunulmuştur.

Uygulamaya yönelik;

- Müdahalenin uzun dönem etkisinin devam ettirilebilmesi için, UOMG'nin uygulama hafta sayısının arttırılması ve periyodik olarak tekrar eden oturumlar şeklinde planlanması

Bakım ve eğitime yönelik;

- Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin bütüncül bakımın sağlanmada UOMG'nin uygulanabilmesi için sağlık profesyonellerine UOMG eğitim programlarının düzenlemesi,
- KBY başta olmak üzere, kronik hastalığa sahip bireylerin ruh sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik olarak UOMG'nin kullanılması ve bu uygulamanın yaygınlaştırılması,

Araştırmaya yönelik;

- UOMG'nin farklı örneklem gruplarında etkisini değerlendiren benzer araştırmaların yapılması, araştırma bulgularının karşılaştırılıp, sonuçların yaygınlaştırılması,
- UOMG sonrası bireylerin öznel değerlendirmelerini alabilmek için nitel araştırmaların yapılarak, UOMG sonuçlarının değerlendirilmesi önerilmektedir.



KAYNAKLAR

Afrasiabifar A, Karimi Z, Hassani P. Roy's adaptation model-based patient education for promoting the adaptation of hemodialysis patients. *Iran Red Crescent Med J.* 2013;15(7):566-72.

Akgöz N, Arslan S. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaşanan semptomların incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi.* 2017;12(1): 20-28.

Akgül M, Kelleci M. Hemodiyaliz hastalarına uygulanan progresif gevşeme egzersizinin anksiyete düzeyi ve uyku kalitesine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2020;23(4): 508-515.

Akyol D, Seçgin R, Tokem Y. Hemodiyaliz hastalarında bulantı- kusma yönetiminde yaklaşımlar. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi.* 2022;17(2): 66-74.

Al Sarairoh FA, Aloush SM, Al Azzam M, Al Bashtawy M. The effectiveness of cognitive behavioral therapy versus psychoeducation in the management of depression among patients undergoing haemodialysis. *Issues Ment Health Nurs.* 2018;39(6): 514-518.

Alaeddini Z, Kajbaf MB, Molavi H. The effects of group hope therapy on mental health of female students in Isfahan University. *Research in Psychological Health.* 2008;1(4): 66-76.

Alkın Demir C, Özer Z. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda semptom ve konfor ilişkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi.* 2022;17(1): 10-27.

Allsop S. What is this thing called motivational interviewing? *Addiction.* 2007;102(3): 343-5. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01712.x

Almutary H, Bonner A, Douglas C. Which patients with chronic kidney disease have the greatest symptom burden? A comparative study of advanced CKD stage and dialysis modality. *Journal of renal care.* 2016; 42(2):73-82.

Altun E. Hemodiyaliz tedavisine devam eden hastalarda cilt lezyonlarının sıklığı ve ilişkili faktörler: tek merkez deneyimi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv. Tıp Fak. Derg. 2022;17(2): 134-139.

Arkowitz H, Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing in the treatment of psychological problems. Guilford Publications. 1st ed. New York, Amerika; 2015, p:1-400.

Ataman A. Umut Temelli Müdahale Programının Suriyeli Mülteci Çocukların Umut ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Etkisi. İ.H.Ü. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi B Uysal). (Yayınlanmamış tez)

Ayat Ali AS, Lim SK, Tang LY, Rashid AA, Chew BH. The effectiveness of nurse-led self-management support program for people with chronic kidney disease stage 3-4 (CKD-NLSM): Study protocol for a randomized controlled trial. Sci Prog. 2021;104(2):368504211026159

Babur S. Hemodiyaliz Hastalarının Manevi Yönelimleri ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki. O.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Samsun (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi A Özdelikara). (yayınlanmamış tez)

Bahar A. Yüksek İntihar Riskli Depresyon Hastalarına Yapılan Transteoretik Model Aşamalarına Temelli Motivasyonel Görüşmenin İntihar Davranışı ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarına Etkisi. G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2021, Gaziantep (Prof. Dr. D Tanrıverdi). (yayınlanmamış tez)

Başaran D, Şahin Altun Ö, Kaban F, Ecder T. Hemodiyaliz hastalarının umutsuzluk düzeylerinin değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2016;1: 9-16.

Batmaz M, Yazıcı H. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. 1. Basım, Nobel Tıp Kitabevi Tic. Ltd. Şti., İstanbul; s:7.

Black SW. Using motivational interviewing and constructivism to address information illiteracy. Psychol. Women Q.2019; 44 (1): 130-134.

Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Nursing Interventions Classification (NIC) Çeviren: Erdemir F, Kav S, Akman Yılmaz A. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC). 6. basım, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2017, s:371.

Calpbınici P. Primipar Gebelere Motivasyonel Görüşme Yöntemi ile Verilen Eğitim Programının Doğum Korkusuna, Doğumda Öz-Yeterliliğe ve Doğum Şekline Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2020, Ankara (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ç Yücel). (yayınlanmamış tez)

Cantekin I. Müzik Terapisinin Hemodiyaliz Hastalarının Algıladıkları Stresörler ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2012, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. M Tan). (yayınlanmamış tez)

Carpenito- Moyet LJ. Handbook of Nursing Diagnosis. Çeviren: Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 13. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2012.

Cengiz Z. (2018). Hemodiyaliz hastalarına sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2018, Malatya (Danışmanı: Doç. Dr. M Özkan). (yayınlanmamış tez)

Chen CK, Tsai YC, Hsu HJ, Wu IW, Sun CY, Chou CC, Lee CC, Tsai CR, Wu MS, Wang LJ. Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. Psychosomatics. 2010;51: 528.

Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed, Routledge, New York; 1988. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>

Cutcliffe J, Herth K. The concept of hope in nursing 2: hope and mental health nursing. British Journal of Nursing. 2002;11(13): 885-893.

Çam O. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatri Hemşireliğine Giriş. Editörler: Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı. 3.basım. İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti, İstanbul; 2021, s:8.

Çetin Ş, Çiğdem Z, Özsoy H. Hemodiyaliz hastalarında vasküler erişim yolları ve hemşirelik bakımı. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri. 2018;10(2): 144-152.

Çetrez İşcan G, Malkoç A. Özel gereksinimli çocuğa sahip ailelerin umut düzeylerinin başa çıkma yeterliği ve yılmazlık açısından incelenmesi. Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2017;7(1): 120-127.

Dąbrowska-Bender M, Dykowska G, Żuk W, Milewska M, Staniszevska A. The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency. Patient Prefer Adherence. 2018; 12:577-583.

Dane E, Olgun N. Hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılık durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Derg. 2016;11(1):43-54.

Dashtidehkordi A, Shahgholian N, Maghsoudi J, Sadeghian J. The effects of motivational interviewing on the health status of patients undergoing hemodialysis. Iran J Nurs Midwifery Res. 2018;23(4): 287-291.

Delgado-Domínguez CJ, Sanz-Gómez S, López-Herradón A, Díaz Espejo B, Lamas González O, de los Santos Roig M, Berdud Godoy I, Rincón Bello A, Ramos Sánchez R. Influence of Depression and Anxiety on Hemodialysis Patients: The Value of Multidisciplinary Care. IJERPH. 2021; 18(7):3544.

Dellasega C, Gabbay R, Durdock K, Martinez-King N. Motivational interviewing (MI) to change type-2 DM self care behaviors: a nursing intervention. J. Diabetes Nurs. 2010;14(3): 112.

Demirci M. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. S.B.Ü. Trabzon Tıp Fakültesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta uzmanlık tezi, 2022, Trabzon (Danışman: Prof. Dr. F AKSOY, İkinci Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ş Ardic). (yayınlanmamış tez)

Demiroğlu S, Bülbül E. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların depresyon, anksiyete, stres durumları ve diyaliz semptomlarıyla ilişkisi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2021;16(3): 124-133.

Dereli F. Üniversite Öğrencilerinde Motivasyonel Görüşme Girişiminin Öz Etkililik Yeterlilik Düzeyi ve Sigara Bırakma Kararına Etkisi. A.A.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2022, Aydın (Danışman: Doç. Dr. B Yıldırım). (yayınlanmamış tez)

Doğru BV, Kasar KS. Hemodiyaliz hastalarının fiziksel aktivite düzeyleri, algılanan egzersiz yararları, engelleri ve ilişkili faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2022;9(1): 10-16.

Duarte PS, Miyazaki MC, Blay SL, Sesso, R. Cognitive–behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. Kidney international. 2009;76(4): 414-421.

Dufault K, Martocchio BC. Hope: Its spheres and dimensions. Nurs. Clin. North Am. 1985;20(2): 379-391.

Duran S, Güngör E. Diyaliz hastalarının duygusal ve sosyal sorunlarının belirlenmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2015;41(2): 59-63.

Durmuş M, Ekinçi M. The effect of spiritual care on anxiety and depression level in patients receiving hemodialysis treatment: A randomized controlled trial. JORH. 2022;61(3): 2041-2055.

El Filali A, Bentata Y, Ada N, Oneib B. Depression and anxiety disorders in chronic hemodialysis patients and their quality of life: A cross sectional study about 106 cases in the northeast of morocco. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2017;28(2): 341-348.

Ersoy NA. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sanal Gerçeklik Oyun Uygulaması ve Otojenik Gevşemenin Kaşınıtı, Anksiyete ve Dermatolojik Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2022, Ankara (Danışman: Doç. Dr. İ Akyar). (yayınlanmamış tez)

Espahbodi F, Hosseini H, Mirzade MM, Shafaat AB. Effect of psycho education on depression and anxiety symptoms in patients on hemodialysis. IJPBS. 2015; 9(1): e227.

Farrokhi F, Abedi N, Beyene J, Kurdyak P, Jassal SV. Association between depression and mortality in patients receiving long-term dialysis: a systematic review and meta-analysis. *AJKD*. 2014;63(4):623-35.

Fleishman TT, Dreiherr J, Shvartzman P. Patient-reported outcomes in maintenance hemodialysis: A cross-sectional, multicenter study. *Qual Life Res*. 2020;29(9): 2345-54.

Flythe JE, Powell JD, Poulton CJ, Westreich KD, Handler L, Reeve BB, Carey T. Patient-reported outcome instruments for physical symptoms among patients receiving maintenance dialysis: a systematic review. *Am. J. Kidney Dis*. 2015;66(6): 1033-1046.

Frank J. The role of hope in psychotherapy. *Int J Psychiatry*. 1968;5(5): 383-395.

Galpin C. Body image in end-stage renal failure. *Br J Nurs*. 1992;1(1): 21-3.

Grant S, Mayo-Wilson E, Montgomery P, Macdonald G, Michie S, Hopewell S, Moher D. CONSORT-SPI 2018 Explanation and Elaboration: guidance for reporting social and psychological intervention trials. *Trials*. 2018; 19(1): 406

Gencer N. Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık ve Öznel İyi Oluş. H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2019, Çorum (Danışman: Prof. Dr. M Cengil). (yayınlanmamış tez)

Gerçek A. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Öz Bakım Destekli Motivasyonel Görüşmenin Hastaların Öz Bakım Gücü ve Hastalık Uyumuna Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2021, Malatya (Prof. Dr. S Parlar Kılıç). (yayınlanmamış tez)

Ghasemi Bahraseman Z, Mangolian Shahrabaki P, Nouhi E. The impact of stress management training on stress-related coping strategies and self-efficacy in hemodialysis patients: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychol*. 2021;10;9(1):177.

Glassman SD. Motivational interviewing with individuals in recovery: Effects on hope, meaning, Emp Ser Part. 2013;6 (8): 177-226.

Göriş S, Ceyhan Ö, Taşcı S, Doğan N. Do symptoms related to hemodialysis affect marital adjustment? *Sexuality and Disability*. 2016; 34(1): 63-73.

Green MR. Anticipation, hope, and despair. *Am. J. Psychoanal*. 1977;5(2): 215-232.

Güdük Ö, Selimoğlu Namoğlu S, Tekin BN. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yakınlarının bakım yükü, stres ve algıladığı sosyal destek ilişkisi: Kesitsel bir çalışma. *Türkiye klinikleri J Health Sci*. 2022; 7(2): 544-553.

Gülcü ZG, Kelleci M. The effect of motivational interviewing and telepsychiatric follow-up on medication adherence of patients with bipolar disorder: A randomized controlled trial. *J Psychiatric Nurs*. 2022; 13(2): 101-107.

Güler S, Terzi Z. Gündoğan R. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk, bakım bağımlılığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2022; 17(3):83-93.

Güner YO. Diyaliz tedavi seçiminde hastanın bilişsel durumunun etkisi. *International Medical Records Congress*. İzmir; 2021, ss:44-48.

Gür Aykut G. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Ailelere Verilen Danışmanlık Hizmetinin Ailelerin Kaygı ve Stresle Başa Çıkma Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Y.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul (Doç. Dr. Filiz Arslan). (yayınlanmamış tez)

Hall K, Gibbie T, Lubman DI. Motivational interviewing techniques: facilitating behaviour change in the general practice setting. *Aust. Fam. Physician*. 2012; 41 (9): 660-667.

Harmanlı P. Şizofreni Hastalarında Motivasyonel Görüşme Tekniklerine Temellendirilmiş Psikoeğitimin Tedaviye Uyum, Umut ve Psikolojik İyi Oluşa Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2020, (Danışman: Doç. Dr. F Kavak Budak). (yayınlanmamış tez)

Hintistan S, Deniz A. Evaluation of symptoms in patients undergoing hemodialysis. *Bezmialem Science*. 2018; 6: 112-8.

Holdcraft C, Williamson C. Assessment of hope in psychiatric and chemically dependent patients. *Appl Nurs Res.* 1991;4: 129-134.

İlter SM, Ovayolu Ö. Hemodiyaliz hastalarının yorgunluk yönetiminde kanıta dayalı integratif yaklaşımlar. *Hacet. univ. sağlık bilim. fak. derg.* 2022;9(1): 82-88.

Jafari A, Amiri Majd M, Esfandiary Z. Relationship between personality characteristics and coping strategies with job stress in nurses. *Q J Nurs Manag.* 2013;1(4):36–44.

Jhamb M, Argyropoulos C, Steel JL, Plantinga L, Wu AW, Fink NE, Powe NR, Meyer KB, Unruh ML. Choices for healthy outcomes in caring for end-stage renal disease (CHOICE) study. Correlates and outcomes of fatigue among incident dialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009;4(11): 1779-1786.

Kafes AY. An overview of depression and anxiety disorders. *Humanist. Perspect,* 2021;3: 186-194.

Kalkan S, Erken E, Öztürk İ, Altunören O, Güngör Ö. Hemodiyaliz hastalarında kardiyak repolarizasyon belirteçlerinin klinik bulgularla ilişkisi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi.* 2022;9(1): 22-27.

Kara B. Hemodiyalize giren son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda öncelikli sorunlardan biri: yaşam kalitesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2012; 11(5): 631-8

Keçecioğlu N, Özcan E, Yılmaz H, Sezer T, Eryılmaz, M, Ersoy F, Süleymanlar G, Yakupoğlu G. Hemodiyaliz ve kronik ambulator periton diyalizi tedavisi gören hastalar ve bu hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi.* 2008;3: 172-76.

KhalediSardashti F, Ghazavi Z, Keshani F, Smaeilzadeh M. Effect of hope therapy on the mood status of patients with diabetes. *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.* 2018; 23(4): 281-286.

Khodadadi B, Niksima SH, Panahi J, Sagharjoghi MF. Comparison between life satisfaction, depression, anxiety, stress in hemodialysis patients and kidney transplantation. *Indo Am. j. pharm.* 2017;4(12):4310–4.

Khoshkharam N, Golzari M. Efficacy of hope therapy on the rate of increasing marital satisfaction and change in insecure attachment style in married university students. *J Appl Psychol.* 2011; 5:2(18): 84-96.

Kılıç E. Roy Adaptasyon Modeline Göre Verilen Eğitimin Hemodiyaliz Hastalarının Stres, Psikososyal Uyum ve Öz Bakım Gücüne Etkisi. G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Gaziantep (Danışman: Doç. Dr. Z Güngörmüş). (yayınlanmamış tez)

Kılınç E. Tip 2 Diyabetli Yetişkinlerde Bilgi, Motivasyon ve Davranış Becerileri Modeli Temelli Diyabet Eğitimi ve Motivasyonel Görüşmenin Bakım Sonuçlarına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. P.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2022, Denizli (Danışma: Prof. Dr. A Kartal). (yayınlanmamış tez)

Klonck FE, Wunderlich E, Spurr D, Kauffeld S. Career counseling meets motivational interviewing: A sequential analysis of dynamic counselor–client interactions. *J. Vocat. Behav.* 2016; 94 (1): 28-38.

Korner IN. Hope as a method of coping. *J Consult Clin Psychol.* 1970; 34(2): 134.

Kusumawardani D, Muhsinin SZ, Pujiningsih E. The influence of motivational interviewing with spiritual approach to the hopelessness and motivation of a patient esrd which helps regulate hemodialysis. *Jurnal Keperawatan.* 2022; 14(S1): 285–294.

Kylma J. Dynamics of hope in adults living with HIV/AIDS: a substantive theory. *J. Adv. Nurs.* 2005;52: 620-630.

Lerma A, Perez-Grovas H, Bermudez L, Peralta-Pedrero ML, Robles-Garcia R, Lerma C. Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients. *Psychol. Psychother. Theory Res. Pract.* 2017;90(1):105-23.

Mankih RA, Hussain AHM. The role of motivational interviewing in improving health state of patients undergoing hemodialysis. *Pak. J. Med. Health Sci.* 2022;16(06): 642-642.

Mehmood Y, Ashraf U, Ali I. Hemodialysis; acute intradialytic complications found on maintenance hemodialysis in patients at a public hospital lahore. TPMJ. 2019; 26(1).

Mehrabi Y, Ghazavi Z, Shahgholian N. Effect of Fordyce's happiness program on stress, anxiety, and depression among the patients undergoing hemodialysis. Iran J Nurs Midwifery Res. 2017;22(3):190-194.

Melo GAA, Rodrigues AB, Firmeza MA, Grangeiro AS de M, Oliveira PP de, et al. Musical intervention on anxiety and vital parameters of chronic renal patients: a randomized clinical trial. Rev Lat Am Enfermagem. 2018;26: e2978

Miller JF. Hope does not necessary spring eternal sometimes it has to be carefully mined and channel. AJN. 1985; 85: 22-25.

Miller WR, Moyers TB. Eight stages in learning motivational interviewing. J. Teach. Addict. 2006;5(1): 3–17.

Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing, preparing people to change addictive behavior. Change and Resistance: Opposite Sides of o Coin. 2nd ed. New York: The Guildford Press; 2002. p. 43-52.

Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. New York: Guilford Press; 2013, s:1-400.

Moore SL. Hope makes a difference. J Psychiatr Ment Health Nurs .2005;12(1): 100-105.

Morse JM, Doberneck B. Delineating the concept of hope. J. Nurs. Scholarsh. 1995;27(4): 277-285.

Movahedi M, Kariminejad K, Babapour Kheirodin J, Movahedi Y. The effectiveness of hope therapy base on groups to increase the components of self-esteem and psychological health in depressed people. J Adv Med Biomed Res. 2015;23(98): 132-144.

Najafi A, Keihani S, Bagheri N, Jolfaei AG, Meybodi AM. Association between anxiety and depression with dialysis adequacy in patients on maintenance hemodialysis. IJPBS. 2016;10(2): e4962.

Nassim M, Park H, Dikaio E, Potes A, Elbaz S, Mc Veigh C, Lipman M, Novak M, Trinh E, Alam A, Suri RS, Thomas Z, Torres S, Vasudev A, Sasi N, Gautier M, Mucsi I, Noble H, Rej S. Brief mindfulness intervention vs. Health enhancement program for patients undergoing dialysis: a randomized controlled trial. *Healthcare*. 2021;1;9(6): 659.

Ok E, Kutlu FY. Hopelessness, anxiety, depression and treatment adherence in chronic hemodialysis patients. *IJCS*. 2019;12(1):423–9.

Ok E, Kutlu Y. The effect of motivational interviewing on adherence to treatment and quality of life in chronic hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *Clin. Nurs. Res.* 2021;30(3): 322-333.

Okanlı A, Karabulutlu EY. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;14(4): 25-31.

Olçun Z. Umut Aşılamaya Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma, Umut ve Yaşam Niteliği Düzeyine Etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 2020, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Ö Şahin Altun) (yayınlanmamış tez)

Orak NŞ, Pakyüz SÇ, Kartal A. Ölçek geliştirme çalışması: Hemodiyaliz hastalarında konfor. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2017; 12(2): 68-77).

Ortiz, A., Covic, A., Fliser, D., Fouque, D., Goldsmith, D., Kanbay, M., ve London, G. M. Epidemiology, contributors to, and clinical trials of mortality risk in chronic kidney failure. *The lancet*, 2014; 383(9931): 1831-43

Ottaviani AC, Souza EN, Drago NC, Mendiondo MSZ, Pavarini SCI, Orlandi FS. Hope and spirituality among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: a correlational study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22: 248-254.

Oturmaz H. Hemodiyaliz Hastalarında Müzik Eşliğinde Uygulanan Benson Gevşeme Tekniğinin Yorgunluk, Kaşıntı, Anksiyete ve Depresyona Etkisi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Z Gökdemir). (yayınlanmamış tez)

Ögel K. Motivasyonel görüşme tekniği. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2009;2(2): 41- 4.

Öyekçin DG, Gülpek D, Sahin EM, Mete L. Depression, anxiety, body image, sexual functioning, and dyadic adjustment associated with dialysis type in chronic renal failure. Int J Psychiatry Med. 2012; 43(3): 227-241

Öz F. Sağlık Alanında temel kavramlar. 2. Baskı. Ankara: Mattek Matbaacılık Basımevi; 2010, s:58.

Özcan Y, Baştürk M, Aslan SS, Utaş C. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi. J Turgut Ozal Med Cent. 2000;7(4): 333-337.

Özdemir Ö. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bir Hastanın Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Hemşirelik Yaklaşımı: Olgu Sunumu. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2022; 17(2): 75-82.

Özel Y, Karabulut A. Günlük yaşam ve stres yönetimi. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2018;1(1): 48-56.

Özen N, Cepken T. Hemodiyaliz hastalarının arteriyovenöz fistül bakımına yönelik öz bakım davranışlarının incelenmesi: kesitsel bir çalışma. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2022;14(2).

Özer Z, Akkoyun ME. Hemodiyaliz Hastalarında Egzersiz Engellerinin Belirlenmesi. 31. Ulusal Nefroloji Hemşireliği Kongresi sözlü Bildiri Kitapçık. KKTC;2021, s:88.

Park GY, Yoo EK. A study on hope in hemodialysis patients. Adv. Sci. Lett. 2016;128: 244-246.

Peterson C, Seligman ME. Character strengths and virtues: A handbook and classification. In: Strengths of Character. 1st. ed. Oxford University Press: USA; 2004, p: 95-108.

Qiu Z, Zheng K, Zhang H, Feng J, Wang L, Zhou H. Physical exercise and patients with chronic renal failure: A meta-analysis. Biomed Res Int. 2017;7191826.

Rahimipour M, Shahgholian N, Yazdani M. Effect of hope therapy on depression, anxiety and stress among the patients undergoing hemodialysis. *Iran. J. Nurs. Midwifery Res.* 2015;20(6): 694-699.

Ravaghi H, Behzadifar M, Mirghaed MT, Aryankhesal A, Salemi M, Bragazzi NL. Prevalence of depression in hemodialysis patients in Iran. *Iran J Kidney Dis.* 2017;11(2): 90-98.

Rhode R. Motivational Interviewing. In: David Rakel ed. *Integrative Medicine*. 3. Ed. Chapter 99. Copyright by Elsevier, e-book; 2017, p: 882-890.

Rojas JN. Lived experience of hemodialysis patients in the Middle East Countries: A thematic synthesis. *IJARIE.* 2017;3(3): 1101-1107.

Rollnick S, Miller WR, Butler CC, Aloia MS. Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. *COPD: J. Chronic Obstr. Pulm. Dis.* 2008; 5 (3): 203.

Rollnick S, Miller WR. Motivational Interviewing. In: Heather N, Stockwell T eds. *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems.* Chapter 7, John Wiley and Sons, Ltd. England; 2004, p:105-115.

Sabouri F, Rambod M, Khademian Z. The effect of positive thinking training on hope and adherence to treatment in hemodialysis patients: a randomized controlled trial. *BMC Psychol.* 2023;11, 6.

Sadeghian Z, Shahgholian N, Dashti DA. Perspective of hemodialysis patients and nurses in relation with caring behaviors. *Nurs Midwifery J.* 2017; 15: 659-666.

Saeida-Ardakani S, Konjkav-Mofared AR, Hakkaki SM, Mansouri M. The effect of emotional intelligence on job stress management methods. *Q J Manag Dev Process.* 2012;25(1):5–26.

Samavi SA, Najarpourian S, Javdan M. The effectiveness of group hope therapy in labor pain and mental health of pregnant women. *Psychol. Rep.* 2018;0(0):1-11.

Schrank B, Grant Hay A. Hope and embitterment. In: Linden M, Maercker A, eds. Embitterment. 1st ed. Newyork: SpringerWien; 2011, p:17-29.

Schrank B, Stanghellini G, Slade M. Hope in Psychiatry: A Review of the Literature. Acta Psychiatr Scand. 2008; 118(6): 421-433.

Schumacher JA, Madson MB. Motivational Interviewing Overview. In: Fundamentals of Motivational Interviewing: Tips and Strategies for Addressing Common Clinical Challenges. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2014, s:11-70.

Selimoğlu Namoğlu S, Elif Bülbül. Hemodiyaliz tedavisi hastaların kırılganlık ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi 31. Ulusal Nefroloji Hemşireliği Kongresi, Sözlü Bildiri. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Derneği. Girne, KKTC. 13-17 Ekim 2021, s:89.

Sevinen GG. Hipertansiyonu olan hastalara verilen eğitimin etkisinin değerlendirilmesi. S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019, Sakarya (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi H Sert).

Shekarabi-Ahari G, Younesi J, Borjali A, Ansari-Damavandi S. The effectiveness of group hope therapy on hope and depression of mothers with children suffering from cancer in Tehran. Iran. J. Cancer Prev. 2012;5(4): 183-188.

Shojaee Shad F, Rahnama M, Abdollahimohammad A, Ahmadi Dareh Sima S. An Investigation Into the Impact of Orem's Self-Care Program on Life Satisfaction in Hemodialysis Patients: A Clinical Trial Study. Med Surg Nurs J. 2018;7(4):e88795.

Shokrpour N, Sheidaie S, Amirkhani M, Bazrafkan L, Modreki A. Effect of positive thinking training on stress, anxiety, depression, and quality of life among hemodialysis patients: A randomized controlled clinical trial. J Educ Health Promot. 2021; 30(10):225.

Silva SM, Braidão NF, Ottaviani AC, Gesualdo GD, Zazzetta MS, Orlandi FS. Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis. Rev Lat Am Enfermagem. 2016;24: e2752.

Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, Yoshinobu L, Gibb J, Langelle C, Harney P. The will and ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol.* 1991;60: 570-585

Snyder CR, Ilardi SS, Cheavens JS, Michael ST, Yamhure L, Symp-son S. The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognit Ther and Res.* 2000;24(6):747–62

Snyder CR, Irving L, Anderson JR. Hope and Health: Measuring the will and the ways. In: Snyder CR, ed. *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective.* New York: Bergama; 2000, p:285-305.

Snyder CR, Lopez S. Striking a Vital Balance: Developing A Complementary Focus on Human Weakness and Strength Through Positive Psychological Assessment. In: Lopez SJ, Snyder CR, eds. *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures.* 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2003, p:55-102.

Snyder CR. Hope theory: rainbows in the mind. *Psychol. Inq.* 2002;13(4): 249-275.

Snyder CR. Hypothesis: There is Hope. In: Snyder CR. eds. *Handbook of Hope Theory, Measures and Application.* Academic Press. 1st ed. San Diego; 2000, p:3-21.

Sotodeh- Asl N, Neshat- Dust HT, Kalantari M, Talebi H, Khosravi AR. Comparison of effectiveness of two methods of hope therapy and drug therapy on the quality of life in the patients with essential hypertension. *J. Clin. Psychol.* 2010; 2:1(5): 27-34.

Stinson JD, Clark MD. *Motivational Interviewing with Offenders: Engagement, Rehabilitation, and Reentry.* 1st ed. New York: Guilford Publications; 2017, s:15-199.

Stotland E. *The psychology of hope.* Jossey-Bass Behavior Science. 1st ed. 1969, p:112.

Şahin M. Korku, Kaygı ve Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. *ASEAD.* 2019; 6(10): 117-135.

T.C. Resmî Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişikli Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı:27910.

T.C. Sağlık Bakanlığı Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. Diyaliz tedavi yöntemlerinin seçimi ve değiştirilmesi klinik protokolü. Ankara; 2022, ss:1-9

T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry Raporu 2021, Editörler: Ateş K, Seyahi N, Koçyiğit İ. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Ankara; 2022.

Tan SY, Yip A. Hans Selye (1907-1982): Founder of the stress theory. Singap. Med. J. 2018;59(4): 170–171.

Tanrıverdi MH, Karadağ A, Hatipoğlu EŞ. Kronik böbrek yetmezliği. Konuralp Tıp Dergisi. 2010; 2(2):27-32.

Taşkın Yılmaz F, Sert H, Karakoç Kumsar A, Aygin D, Sipahi S, Genç AB. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların umut düzeyleri, semptom kontrolü ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. ACU Sağlık Bil Derg. 2020;11(1): 35-43.

Teles F, Azevedo VF, Miranda CT, Miranda MP, Teixeira Mdo C, Elias RM. Depression in hemodialysis patients: the role of dialysis shift. Clinics. 2014;69(3):198-202.

Teskereci G. Jinekolojik Kanseri Olan Kadınlarda Watson’ın İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Semptom Yönetimi, Umudu Destekleme ve Yaşamda Anlam Bulmaya Etkisinin İncelenmesi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, Antalya (Danışman: Doç Dr. H Balcı Yangın; Prof. Dr. Ö Kulakaç) (yayınlanmamış tez)

Townsend MC. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Bakım Kavramaları. Çeviren: Çetinkaya Duman Z. Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık. 6. Basım, Akademisyen Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama A.Ş., Ankara; 2016, s: 4.

Valsaraj BP, Bhat SM, Latha KS. Cognitive behaviour therapy for anxiety and depression among people undergoing hemodialysis: a randomized control trial. J Clin Diagn Res. 2016;10(8):6-10.

Van der Oord S, Bögels S, Peijnenburg D, Vidrine J, Spears C, Heppner W, Walsh R. Motivational interviewing. Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine. 2019; 21 (5): 288-293

World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA, 2013;310 (20): 2191-2194.

Yangöz ŞT. Watson İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Motivasyonel Görüşmenin ve Eğitimin Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Tedaviye Uyumuna, Memnuniyetine ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi,2020, Antalya (Danışman: Z Özer). (yayınlanmamış tez)

Yavuz E. Diyaliz Hastalarının Aile İşlevselliğinin İncelenmesi. Ankara Yıldırım B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Ankara (Danışman: Doç. Dr. E Çalık Var). (yayınlanmamış tez)

Yount SE, Choi SW, Victorson D, Ruo B, Cella D, Anton S, Hamilton A. Brief, valid measures of dyspnea and related functional limitations in chronic obstructive pulmonary disease. Value Health. 2011;14(2):307-15.

Yousefi A, Rafinia P, Sabahi P. The effectiveness of hope therapy on quality of life in wives of veterans with post traumatic stress disorder. J. Clin. Psychol. 2016;8,1(29): 1-10.

Yurtsever H. Kişilik Özelliklerinin Stres Düzeyine Etkisi ve Stresle Başa Çıkma Yolları: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. D.E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İzmir (Danışman: Doç. Dr. T. Demirbilek). (yayınlanmamış tez)

Ek 1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

ANKET NO:

1.Yaşınız:

1-() 18- 24

2-() 25- 44

3-() 45- 64

4-() 65 +

2. Cinsiyetiniz?

1- () Kadın 2- () Erkek

3. Eğitim Durumunuz?

1- () Okur-yazar

2- () İlköğretim

3- () Lise

4- () Lisans

5- () Lisansüstü

4. Mesleğiniz:

1-() Memur

2-() İşçi

3-()Serbest Meslek

4-() Ev hanımı

5-() Emekli

5. Ekonomik durumunuz?

1- () Gelir gidere eşit

2- () Gelir giderden fazla

3- () Gelir giderden az

6. Medeni Durumunuz?

1-() Evli 2-() Bekar

7. Aile tipiniz:

1-() Çekirdek aile 2-() Geniş aile 3-() Tek ebeveynli aile

8.Çocuğunuz var mı?

1-() Evet (ise sayısını belirtiniz...) 2-() Hayır

Arka sayfaya geçiniz

9. Yaşadığınız yer?

1- () Antalya / Merkez

2- () Diğer....

10. Birlikte yaşadığınız kişiler?

1-() Yalnız

2-() Eşi ile birlikte

3-() Eş ve çocuklar

4-() Çocukların yanında

5-() Bakım evi ya da Kurum

11. Alışkanlıklarınız neler?

1-() Sigara 2- () Alkol 3- () Diğer (belirtiniz).....

12. Böbrek hastalığınız kaç yıldır mevcut?

1() Bir yıldan az 2() 1-5 yıl 3() 5-10 yıl () 10 yıl ve üzeri

13. Ne kadar süredir Hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz?

1() Bir yıldan az 2() 1-5 yıl 3() 5-10 yıl () 10 yıl ve üzeri

14. Haftada kaç kez Hemodiyaliz tedavisi uygulanıyor?

1-() haftada 2 kez

2-() Haftada 3 kez

15. KBY dışında sahip olduğunuz başka bir kronik rahatsızlığınız var mı?

1-() Evet 2-() Hayır

Cevabınız “evet” ise 16. Soruya hayır ise 17. Soruya geçiniz...

16. Diğer kronik hastalığınız aşağıdakilerden hangisidir?

1-() Diyabet

2-() Hipertansiyon

3-() Diğer.....

17. 1. Derecede yakınlarınızdan hemodiyaliz tedavisi alan birey var mı?

1- () Evet 2-() Hayır

18. Geçmişte psikososyal sağlığınızı korumak veya geliştirmek için profesyonel bir destek aldınız mı?

1-() Evet 2-() hayır

Cevabınız “evet” ise 20. Soruya hayır ise 21. Soruya geçiniz...

Arka sayfaya geçiniz

19. bu desteği kimden karşıladınız?

1.()Doktor 2-()Psikolog 3-()Hemşire 4-()Diğer(açıklayınız)

20. Yakın çevrenizde bu süreçte size destek olan biri var mı?

1-() Evet 2-() Hayır

Cevabınız “evet” ise 21. Soruya hayır ise 22. Soruya geçiniz...

21. Desteği aldığınız bireyi belirtiniz. Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.

1-()Anne 2-()Baba 3-()Kardeş 4-()Eş 5-()Çocuk 6-()Arkadaş

22.Yaşamınızı gözden geçirdiğinizde, aşağıda verilen durumlardan hangisi/hangileri ile karşılaşıyorsunuz? Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.

1-() Sosyal yaşamın kısıtlanması

2-() Bağımsızlığını kaybetme düşüncesi

3-() Rol değişiklikleri

4-() İş kaybı

5-() Üzüntü, umutsuzluk, endişe, anksiyete, güvensizlik

6-() Gelecek hakkında belirsizlik

7-() Tedaviye uyum güçlüğü

8-() Diyete uygun beslenmede zorluk

9-()Düzenli egzersiz yapmada zorluk

10-() Hareket kısıtlılığı

11-()Kişisel bakımda zorluk

12-() Diğer (açıklayınız.....)

Ek 2. DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES ÖLÇEĞİ

Son bir haftadaki durumunuzu dikkate alarak, size en uygun olan seçeneği (X) işareti koyarak belirtiniz.

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve ara sıra	Oldukça sık	Her zaman
1	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	0	1	2	3
2	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
4	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>).	0	1	2	3
5	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	0	1	2	3
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
7	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	1	2	3
8	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
9	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
10	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
12	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
13	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
14	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
15	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
16	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
17	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18	Alınan olduğumu hissettim	0	1	2	3
19	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>)	0	1	2	3
20	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
21	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3

Ek 3. SÜREKLİ UMUT ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki verilen ifadeleri okuyarak, size ne kadar uyduğunu gösteren kutuya “X” işareti koyun.

	Kesinlikle yanlış (1)	Çoğunlukla yanlış (2)	Oldukça yanlış (3)	Biraz yanlış (4)	Biraz doğru (5)	Oldukça doğru (6)	Çoğunlukla doğru (7)	Kesinlikle doğru (8)
1. Sıkıntılı bir durumdan kurtulmak için pek çok yol düşünebilirim.	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Enerjik bir biçimde amaçlarıma ulaşmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Çoğu zaman kendimi yorgun hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Bir problemin birçok çözüm yolu vardır.	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Tartışmalarda kolayca yenik düşerim.	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Hayatta önem verdiğim şeylere ulaşmak için pek çok yol düşünebilirim.	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Sağlığım için endişelenirim.	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Başkalarının ümitsizliğe kapıldığı durumlarda bile sorunu çözecek bir yol bulabileceğimi bilirim.	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Geçmiş yaşantıları beni geleceğe iyi hazırladı.	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Hayatta oldukça başarılıyım.	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Genellikle endişelenecek bir şeyler bulurum.	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Kendim için koyduğum hedeflere ulaşırım.	1	2	3	4	5	6	7	8

Ek 4. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

Depresyon, Anksiyete, Stress Ölçeği-21 (DASÖ-21)

Gelen Kutusu



bilge duran 30 Nis

İyi günler Sayın Hocam, Ben Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı



Hakan Sarıcam 30 Nis

Alıcılar: ben ✓



Merhabalar,
Ölçek maddeleri ve puanlama skalası ektedir.
Çalışmanızda memnuniyetle kullanabilirsiniz.
Sağlıklı günler ve iyi çalışmalar dilerim.

Sürekli Umut Ölçeği

Gelen Kutusu



Bilge Duran 16 Haz

İyi günler Sayın Hocam, Ben Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı



Sinem Tarhan Dün

Alıcılar: ben ✓



Bilge merhaba,
sürekli umut ölçeği'ni tez çalışmada kullanabilirsin. ihtiyacın
olan bilgiler ekteki makalede mevcuttur. başarılar dilerim

Ek 5. Umud Odaklı Motivasyonel Görüşme (UOMG) Planı

1. Görüşme	Görüşme Konusu	Görüşme Süresi	Görüşme Amacı	Planlanan Müdahale
	Tanışma	45-60 dk	Birey ile tanışmak, oturumlar hakkında bilgi vermek ve kavramsal boyutuyla umudu ele almak	*Tanışma süreci gerçekleştirilecek. *Güvenli ilişki başlatılacak. *Bireyin umut ve umutsuzluk kavramlarına ilişkin öznel değerlendirilmesini yapması sağlanacak. *Umut ve umutsuzluk kavramının tanımı yapılacak. * Umudun bileşenleri hakkında bilgi verilecek. *Bireyin yaşamında umudun yeri ve önemi tartışılacak.
2. Görüşme	Umudun Gelişimin de Hedeflerin Rolü	45-60 dk	Bireyin hedefler konusunda bilgi edinmesi	*Umudun ilk bileşeni olan hedef, ele alınacak *Hedef belirleme ve plan yapmanın aşamaları hakkında bilgi verilecek. *Birey, kısa, orta ve uzun vadeli hedefler belirlemesi için desteklenecek. *Birey, hedef belirleme ve uygulama aşamalarında yaşanılan güçlüklerin belirlenmesi için desteklenecek. * KBY’ nin bireyin yaşamına etkisi değerlendirilecek. *Bireysel farkındalık ve motivasyon artışı için desteklenecek. * Haftaya gerçekleştirilmesi planlanan görüşmeye getirmesi için, bireyden kısa, orta ve uzun vadeli hedeflerini belirleyip not alması istenecek.

	Görüşme Konusu	Görüşme Süresi	Görüşme Amacı	Planlanan Müdahale
3. Görüşme	Yaşamda Umudun Yeri	45-60 dk	Bireyin yaşamında var olan umudun farkındalığını sağlamak	*Ev ödevinde yer alan hedeflerin gerçekliği, birey ile değerlendirilecek ve öncelik sırası hakkında bireyden bilgi alınacak. *Belirlenen hedefler, bireyin öncelik sırasına göre umut ağacının oluşturacağı kartonun kenarlarına kelebek şeklinde yapıştırılacak. *Hedeflerin gerçekleşmesi ya da gerçekleşmemesi sonucunda neler olacağı tartışılacak. *Birey, hayatında var olan umut kaynaklarının neler olduğunu belirtmesi için desteklenecek. *Umut kaynaklarının yaşamındaki yeri ve önemi hakkında kendini ifade etmesi sağlanacak. *Bireysel farkındalık ve motivasyon artışı için birey desteklenecek. *Belirlediği hedefleri gözden geçirerek bir sonraki görüşmeye kadar öncelikli hedefini belirlemesi istenecek. *Bir sonraki görüşmeye kadar, yaşamında umudun yeri ile ilgili bir anı yazması ödev olarak verilecek.
4. Görüşme	Yaşamda Umudun Yeri	45-60 dk	Bireyin yaşamında var olan umudun farkındalığını sağlamak	*Birey, geçmiş yaşam deneyimleri üzerinden yaşamda umudun önemini anlatması için desteklenecek. *Geçmiş deneyimlerinin şu anda belirlenen hedefe ulaşmada olumlu ve olumsuz etkileri tartışılarak bu konuda farkındalığı artırılacak. *Görüşmede bireyin eçmiştiki başarıları gözden geçirilerek kişisel güçlü olduğu yönleri desteklenecek. *Belirlenen hedefe ulaşmada gidilebilecek alternatif yolları değerlendirmesi ve not alarak gelmesi istenecek.

	Görüşme Konusu	Görüşme Süresi	Görüşme Amacı	Planlanan Müdahale
5. Görüşme	Öz Konuşma ve Umut	45-60 dk	Umut ve öz konuşma arasındaki bağın farkındalığını sağlamak	*Ev ödevinde yer alan, bireyin belirlediği alternatif yolları değerlendirecek ve umut ağacının dalları olacak şekilde yapıştırılacak. *Belirlenen yolun değiştirilmesi sonucunda neler olabileceği, alternatif planların varlığı ve bu hedefin bir başkası tarafından bir hedef olması durumunda ona ne tür önerilerde bulunacağı gibi sözlerle alternatifler tartışılacak. *Bireyin hastalık tanısını aldığı günden şu ana kadar umudunu etkileyen durumları paylaşması için birey desteklenecek. *Bireyin yaşadığı güçlükleri anlatması için cesaretlendirilecek. *Anlatımlar esnasında gerçekçi olmayan düşünceler tespit edilecek. *Gerçekçi olmayan iç konuşmaları ve otomatik düşünceleri analiz ederek bireyin bu konudaki farkındalığı sağlanacak. *Olumlu konuşmaların hedefe ulaşma motivasyonuna etkisi birlikte değerlendirilecek. *Bireyin kendi öz konuşmalarını ve bir hafta boyunca not alması bir sonraki görüşmeye notlarını getirmesi istenecek.

	Görüşme Konusu	Görüşme Süresi	Görüşme Amacı	Planlanan Müdahale
6. Görüşme	Yaşam Aktiviteleri ve Umut	45-60 dk	Bireyin yaşam aktiviteleri ve umut arasındaki bağın farkındalığını sağlamak	*Bireyin getirdiği form birlikte değerlendirilecek, her bir öz konuşması çiçek figürüyle umut ağacına bireyin belirlediği şekliyle yerleştirilecek. *Günlük yaşam aktiviteleri (uyku, beslenme, kişisel bakım, egzersiz, finansal yönetim vb.) ve ev içerisinde yapılan aktiviteler (ev toparlama, temizlik, vb.) hakkında bilgi alınacak. *Hemodiyaliz tedavi sürecinin günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi hakkında duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanacak. *Kronik hastalığın yaşamı üzerine getirdiği kısıtlılıkları (beslenme, egzersiz vb.) bireyde yarattığı etkiler değerlendirilecek. Bireyin bu konuya ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için birey desteklenecek. *Uyum problemi yaşadığı durumlar tespit edilerek alternatif çözüm önerileri üretililecek. * Bir hafta boyunca günlük yaşam aktivitelerini ve belirlemiş olduğu hedefe yönelik günlük yaşamında yaptığı aktiviteleri not alması bir sonraki görüşmeye notlarını getirmesi istenecek.

	Görüşme Konusu	Görüşme Süresi	Görüşme Amacı	Planlanan Müdahale
7. Görüşme	Engeller	45-60 dk	Yaşamda var olabilecek engeller ve engelleri aşamada umudun yerini görmesini sağlamak	*Ev ödevinde yer alan, belirlenen hedefin önemi hakkında yazılan durum değerlendirilecek ve birey, bu durum hakkında duygu ve düşüncelerini belirtmesi için desteklenecek. *Bireyin hedefine ulaşmasında engel olarak gördüğü durumlar birlikte tartışılacak *Bu engel olarak değerlendirdiği kriterler kendi kültürel, inanca ve yaşamsal değerleri ile ilişkili olup olmadığı birlikte tartışılacak. *Geçmiş yaşantısındaki engelleri ve engelleri aşmak için neler yaptığı hakkında paylaşımında bulunması için cesaretlendirilecek. *Engel olarak gördüğü otomatik düşünceleri hakkında bireye farkındalık sağlanacak ve bu konuda adım atması için birey cesaretlendirilecek. *Birey, geçmiş yaşamındaki anlatımından şu anki duruma uygun şekilde güçlü yanları belirtilecek. *Bireysel farkındalık ve motivasyon artışı için desteklenecek. *Engellerle mücadele etmede alternatif yollar hakkında bilgi verilecek. *Her bir engel yaparak ile sembolize edilerek, yaprağın üzerine yazılacak ve umut ağacı üzerine bireyin istediği yere yapıştırması istenecek.

	Görüşme Konusu	Görüşme Süresi	Görüşme Amacı	Planlanan Müdahale
8. Görüşme	Değerlendirme	45-60 dk	Tüm oturumları gözden geçirmek ve sonlandırma	*Tüm süreç boyunca oluşturulan umut ağacı birlikte değerlendirilecek, umutdun her bir bileşeni gözden geçirilecek. *Tüm görüşmeler kısaca özetlenecek. *Umudun yaşamındaki varlığını ve önemini tekrar aktarması için desteklenecek. *Bireyde süreç boyunca kazandığı farkındalıklar 1 ve olumlu deneyimleri aktarması için birey desteklenecek. *Yaşamında hiçbir durumu değiştirmek zorunda olmadığı, değiştirmek isterse kişisel kontrolün rolü vurgulanacak. *Bireye ilk görüşme günü hatırlatılarak o günden bugüne, kendinde hissettiği, fark ettiği değişimleri ifade etmesi istenecek. *Görüşmelerin özeti sonrasında görüşmeyi kabul edip devam ettiği için teşekkür edilecek ve oturum sonlandırılacak.

1.Oturum TANIŞMA

Amaç: Birey ile tanışmak, oturumlar hakkında bilgi vermek

Müdahale:

- i. Bu oturumda, görüşmeci kendini tanıtmayı, çalışmanın amacının, içeriğinin, süresinin anlatılması ile başlanmıştır. Programdan beklentileri öğrenilmiştir. Temel amaç, birey ile güven ilişkisi geliştirerek terapötik iletişim sağlanmasıdır.
- ii. 8. haftada ve bir ay sonrasında ölçeklerin tekrarlanacağı hakkında bilgi verilmiştir.
- iii. Sözlü ve yazılı onamlar alınmıştır.
- iv. Sosyodemografik veri formu ve ölçekler uygulanmıştır.
- v. Bireye görüşmelerin düzenli olarak süreceği ve olumsuz durumlarda önceden bilgi alınacağı belirtmiştir. İsteğe bağlı olduğu ve istenmediği durumda görüşmenin sonlanacağı belirtmiştir.
- vi. Bireyin umut ve umutsuzluk kavramlarına ilişkin öznel değerlendirilmesini yapması sağlanmıştır.
- vii. Bireyin yaşamında umudun yeri ve önemi tartışılmıştır. Umudun bileşenleri olan hedef, yollar ve eylem kavramları hakkında bilgi verilmiştir.

Sonlandırma:

- i. Bireyin duyguları ve düşünceleri hakkında görüşmeye devam edildi.
- ii. Görüşme süresince, görüşmenin ana noktaları özetlendi. Geri bildirim alındı ve verildi.
- iii. Haftaya gerçekleştirilecek oturum için kısa bilgi verilmiş ve plan yapılmıştır.

2.Oturum UMUDUN GELİŞİMİNDE HEDEFLERİN ROLÜ

Amaç: Bireyin hedefler konusunda bilgi edinmesi

Müdahale:

- i. Bir önceki görüşmede anlatılan umut ve bileşenleri tekrar edildi.
- ii. Umudun ilk bileşeni olan hedef, ele alındı.
- iii. Hedef belirleme ve plan yapmanın aşamaları hakkında bilgi verildi.

- iv. Birey, kısa, orta ve uzun vadeli hedefler belirlemesi için desteklendi.
- v. Birey, hedef belirleme ve uygulama aşamalarında yaşanan güçlüklerin belirlenmesi için desteklendi.
- vi. KBY'nin bireyin yaşamına etkisi değerlendirildi.
- vii. Bireysel farkındalık ve motivasyon artışı için desteklendi.
- viii. Hedef belirleme ve plan yapmanın aşamaları hakkında bilgi verildi.
- ix. Birey, kısa, orta ve uzun vadeli hedefler belirlemesi için desteklendi.
- x. Birey, hedef belirleme ve uygulama aşamalarında yaşanan güçlüklerin belirlenmesi için desteklendi.
- xi. KBY'nin bireyin yaşamına etkisi değerlendirildi.
- xii. Bireysel farkındalık ve motivasyon artışı için desteklendi.

Sonlandırma:

- xiii. Bireyin duyguları ve düşünceleri hakkında görüşmeye devam edildi.
- xiv. Görüşme süresince, görüşmenin ana noktaları özetlendi. Geri bilgilendirme alındı ve verildi.
- xv. Haftaya gerçekleştirilmesi planlanan görüşmeye getirmesi için, bireyden kısa, orta ve uzun vadeli hedeflerini belirleyip not alması istendi.
- xvi. Bir sonraki görüşmenin amacı, görüşme yeri ve zamanı ve umut ağacına başlanacağı açıklandı.

3.Oturum YAŞAMDA UMUDUN YERİ

Amaç: Bireyin yaşamında var olan umudun farkındalığını sağlamak

Müdahale:

- i. Bir önceki görüşmeyi hatırlanması sağlandı.
- ii. Ev ödevi kontrol edildi.
- iii. Ev ödevinde yer alan hedeflerin gerçekliği, birey ile değerlendirildi ve öncelik sırası hakkında bireyden bilgi alındı.
- iv. Belirlenen hedefler, bireyin öncelik sırasına göre umut ağacının oluşturacağı kartonun kenarlarına kelebek şeklinde yapıştırıldı.
- v. Hedeflerin gerçekleşmesi ya da gerçekleşmemesi sonucunda neler olacağı tartışıldı.

- vi. Birey, hayatında var olan umut kaynaklarının neler olduğunu belirtmesi için desteklendi.
- vii. Umut kaynaklarının yaşamındaki yeri ve önemi hakkında kendini ifade etmesi sağlandı.
- viii. Bireysel farkındalık ve motivasyon artışı için birey desteklendi.
- ix. Belirlediği hedefleri gözden geçirerek bir sonraki görüşmeye kadar öncelikli hedefini belirlemesi istendi.

Sonlandırma:

- x. Bireyin duyguları ve düşünceleri hakkında görüşmeye devam edildi.
- xi. Görüşme süresince, görüşmenin ana noktaları özetlendi. Geri bilgilendirme alındı ve verildi.
- xii. Bir sonraki görüşmeye kadar, yaşamında umudun yeri ile ilgili bir anı yazması ödev olarak verildi.
- xiii. Haftaya gerçekleştirilecek oturum için kısa bilgi verilmiş ve plan yapılmıştır.

4.Oturum YAŞAMDA UMUDUN YERİ

Amaç: Bireyin yaşamında var olan umudun farkındalığını sağlamak

Müdahale:

- i. Bir önceki görüşmeyi hatırlanması sağlandı.
- ii. Ev ödevinde yer alan hedef, umut ağacının gövdesini eklendi.
- iii. Birey, geçmiş yaşam deneyimleri üzerinden yaşamda umudun önemini anlatması için desteklendi.
- iv. Hedef ulaşmayı başarabilmeye yönelik inancını 0- 10 arasında puan vermesi istendi.
- v. Şu anda var olan davranış ile olmasını istediği davranış arasında farklılıklar konuşuldu.
- vi. Davranışın olması için gereken değişimin birey için ne kadar önemli olduğu, 0-10 arasında puan vermesi sağlandı ve bu durum üzerinde görüşme devam etti.
- vii. Bireyde, hedefe ulaşmak için ne kadar enerjisinin var olduğu soruldu ve ‘bir miktar, orta, çok’ şeklinde değerlendirmesi istendi.

- viii. Hedefe ulaşabileceğini düşündüren durumun ne olduğu soruldu ve bireyin etkileşimi sürdürmesi için cesaretlendirildi.
- ix. Birey, umudun bileşenleri (hedef, yollar, eylem) hakkında hatırlananları aktarması için cesaretlendirildi.
- x. Geçmiş deneyimlerinin şu anda belirlenen hedefe ulaşmada olumlu ve olumsuz etkileri tartışılarak bu konuda farkındalığı artırıldı.
- xi. Görüşmede bireyin eçmişteki başarıları gözden geçirilerek kişisel güçlü olduğu yönleri desteklendi.

Sonlandırma:

- xiv. Bireyin duyguları ve düşünceleri hakkında görüşmeye devam edildi.
- xv. Görüşme süresince, görüşmenin ana noktaları özetlendi. Geri bilgilendirme alındı ve verildi.
- xvi. Belirlenen hedefe ulaşmada gidilebilecek alternatif yolları değerlendirmesi ve not alarak gelmesi istendi.
- xvii. Haftaya gerçekleştirilecek oturum için kısa bilgi verilmiş ve plan yapılmıştır.

5.Oturum ÖZ KONUŞMA VE UMUT

Amaç: Umut ve öz konuşma arasındaki bağıın farkındalığını sağlamak

Müdahale:

- i. Bir önceki görüşmeyi hatırlanması sağlandı.
- ii. Ev ödevinde yer alan, bireyin belirlediğı alternetif yolları değerlendirilecek ve umut ağacının dalları olacak şekilde yapıştirıldı.
- iii. Belirlenen yolun değıştirilmesi sonucunda neler olabileceğı, alternetif planların varlığı ve bu hedefin bir başkası tarafından bir hedef olması durumunda ona ne tür önerilerde bulunacağı gibi sözlerle alternetifler tartışıldı.
- iv. Bireyin hastalık tanısını aldığı günden şu ana kadar umudunu etkileyen durumları paylaşması için birey desteklendi.
- v. Bireyin yaşadığı güçlükleri anlatması için cesaretlendirildi.
- vi. Anlatımlar esnasında gerçekçi olmayan düşünceler tespit edildi.
- vii. Gerçekçi olmayan iç konuşmaları ve otomatik düşünceleri analiz ederek bireyin bu konudaki farkındalığı sağlandı.

viii. Olumlu konuşmaların hedefe ulaşma motivasyonuna etkisi birlikte değerlendirildi.

Sonlandırma:

ix. Bireyin duyguları ve düşünceleri hakkında görüşmeye devam edildi.

x. Görüşme süresince, görüşmenin ana noktaları özetlendi. Geri bilgilendirme alındı ve verildi.

xi. Bireyin kendi öz konuşmalarını ve bir hafta boyunca not alması bir sonraki görüşmeye notlarını getirmesi istendi.

xii. Haftaya gerçekleştirilecek oturum için kısa bilgi verilmiş ve plan yapılmıştır.

6.Oturum YAŞAM AKTİVİTELERİ VE UMUT

Amaç: Bireyin yaşam aktiviteleri ve umut arasındaki bağın farkındalığını sağlamak

Müdahale:

- i. Bir önceki görüşmeyi hatırlanması sağlandı.
- ii. Bireyin getirdiği form birlikte değerlendirildi, her bir öz konuşması çiçek figürüyle umut ağacına bireyin belirlediği şekliyle yerleştirildi.
- iii. Günlük yaşam aktiviteleri (uyku, beslenme, kişisel bakım, egzersiz, finansal yönetim vb.) ve ev içerisinde yapılan aktiviteler (ev toparlama, temizlik, vb.) hakkında bilgi alındı.
- iv. Hemodiyaliz tedavi sürecinin günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi hakkında duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlandı.
- v. Kronik hastalığın yaşamı üzerine getirdiği kısıtlılıkların (beslenme, egzersiz vb.) bireyde yarattığı etkiler değerlendirildi. Bireyin bu konuya ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için birey desteklendi.
- vi. Uyum problemi yaşadığı durumlar tespit edilerek alternatif çözüm önerileri üretildi.

Sonlandırma:

vii. Bireyin duyguları ve düşünceleri hakkında görüşmeye devam edildi.

viii. Görüşme süresince, görüşmenin ana noktaları özetlendi. Geri bilgilendirme alındı ve verildi.

- ix. Bir hafta boyunca günlük yaşam aktivitelerini ve belirlemiş olduğu hedefe yönelik günlük yaşamında yaptığı aktiviteleri not alması bir sonraki görüşmeye notlarını getirmesi istendi.
- x. Haftaya gerçekleştirilecek oturum için kısa bilgi verilmiş ve plan yapılmıştır

7. Oturum ENGELLER

Amaç: Yaşamda var olabilecek engeller ve engelleri aşamada umudun yerini görmesini sağlamak

Müdahale:

- i. Bir önceki görüşmeyi hatırlanması sağlandı.
- ii. Ev ödevinde yer alan, belirlenen hedefin önemi hakkında yazılan durum değerlendirildi ve birey, bu durum hakkında duygu ve düşüncelerini belirtmesi için desteklendi.
- iii. Bireyin hedefine ulaşmasında engel olarak gördüğü durumlar birlikte tartışıldı.
- iv. Bu engel olarak değerlendirdiği kriterler kendi kültürel, inançsal ve yaşamsal değerleri ile ilişkili olup olmadığı birlikte tartışıldı.
- v. Geçmiş yaşantısındaki engelleri ve engelleri aşmak için neler yaptığı hakkında paylaşımında bulunması için cesaretlendirildi.
- vi. Engel olarak gördüğü otomatik düşünceleri hakkında bireye farkındalık sağlanacak ve bu konuda adım atması için birey cesaretlendirildi.
- vii. Birey, geçmiş yaşamındaki anlatımından şu anki duruma uygun şekilde güçlü yanları belirtildi.
- viii. Bireysel farkındalık ve motivasyon artışı için desteklendi.
- ix. Engellerle mücadele etmede alternatif yollar hakkında bilgi verildi.
- x. Her bir engel yaprak ile sembolize edilerek, yaprağın üzerine yazılacak ve umut ağacı üzerine bireyin istediği yere yapıştırması istendi.

Sonlandırma:

- xi. Bireyin duyguları ve düşünceleri hakkında görüşmeye devam edildi.
- xii. Görüşme süresince, görüşmenin ana noktaları özetlendi. Geri bildirim alındı ve verildi.
- xiii. Haftaya gerçekleştirilecek oturum için kısa bilgi verilmiş ve plan yapılmıştır

8.Oturum DEĞERLENDİRME

Amaç: Tüm oturumları gözden geçirmek

Müdahale:

- i. Tüm süreç boyunca oluşturulan umut ağacı birlikte değerlendirilecek, umutdun her bir bileşeni gözden geçirildi.
- ii. Tüm görüşmeler kısaca özetlendi.
- iii. Umudun yaşamındaki varlığını ve önemini tekrar aktarması için desteklendi.
- iv. Bireyde süreç boyunca kazandığı farkındalıklar ı ve olumlu deneyimleri aktarması için birey desteklendi.
- v. Yaşamında hiçbir durumu değiştirmek zorunda olmadığı, değiştirmek isterse kişisel kontrolün rolü vurgulandı.

Sonlandırma:

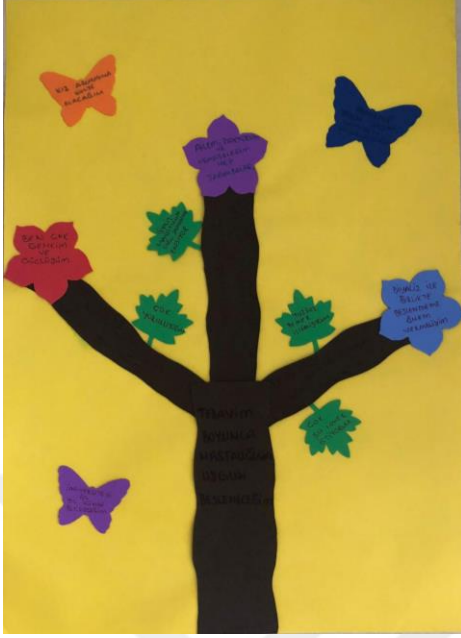
- vi. Bireye ilk görüşme günü hatırlatılarak o günden bugüne, kendinde hissettiği, fark ettiği değişimleri ifade etmesi istendi.
- vii. Görüşmelerin özeti sonrasında görüşmeyi kabul edip devam ettiği için teşekkür edilecek ve oturum sonlandırıldı.
- viii. Son test uygulandı ve bir ay sonrasında tekrar ölçeklerin yenileceği hatırlatıldı.

Ek 6. Umut Ağacı

Katılımcının Yaşı ve Cinsiyeti	Katılımcının Öznel Umut Tanımı	Umut Ağacına Ait Bilgiler
21 yaş, Erkek	“ Umut, uzun bir ömürde, ettiğini bilmektir. ”	Dört hedef, ana hedefin üç farklı alternatif yolu, üç adet engel, üç adet öz konuşma cümlesi
65 yaş, Erkek	“ Umut, hayatın ne olursa olsun devam her an, güçlü durmaktır. ”	Altı hedef, ana hedefin dört farklı alternatif yolu, dört adet engel, altı adet öz konuşma cümlesi
75 yaş, Kadın	“ Umut, başarabilme inancıdır. ”	Altı hedef, ana hedefin dört farklı alternatif yolu, dört adet engel, dört adet öz konuşma cümlesi
68 yaş, Erkek	“ Umut, güçtür. ”	Dört hedef, ana hedefin beş farklı alternatif yolu, dört adet engel, altı adet öz konuşma cümlesi
39 yaş, Kadın,	“ Umut, hayata devam etmenin anahtarıdır. ”	Dört hedef, ana hedefin üç farklı alternatif yolu, üç adet engel, üç adet öz konuşma cümlesi
49 yaş, Erkek	“ Umut, karımın gülüşüdür. ”	Beş hedef, ana hedefin dört farklı alternatif yolu, dört adet engel, dört adet öz konuşma cümlesi
75 yaş, Erkek	“ Umut, yanımdakilerle mutlu olmamdır. ”	Üç hedef, ana hedefin üç farklı alternatif yolu, bir adet alternatif yola ait alternatif yol, dört adet engel, dört adet öz konuşma cümlesi
68 yaş, Erkek	“ Umut, yaşama devam etmem için gereken duygudur. ”	Üç hedef, ana hedefin üç farklı alternatif yolu, üç adet engel, üç adet öz konuşma cümlesi

Katılımcının Yaşı ve Cinsiyeti	Katılımcının Özel Umut Tanımı	Umut Ağacına Ait Bilgiler
43 yaş, Kadın	“ Umut, ailemin varlığıdır.”	Dört hedef, ana hedefin üç farklı alternatif yolu, iki adet engel, üç adet öz konuşma cümlesi
64 yaş, Kadın	“ Umut, nefes aldıkça devam eder”	Beş hedef, ana hedefin dört farklı alternatif yolu, dört adet engel, dört adet öz konuşma cümlesi
63 yaş, Kadın	“ Umut, inancın temelidir.”	Dört hedef, ana hedefin iki farklı alternatif yolu, üç adet engel, üç adet öz konuşma cümlesi
82 yaş, Erkek	“ Torunlarımla oyun oynadığım sürece mut vardır.”	Dört hedef, ana hedefin dört farklı alternatif yolu, iki adet engel, dört adet öz konuşma cümlesi
66 yaş, Erkek	“ Umut, devam etme gücüdür.”	Beş hedef, ana hedefin dört farklı alternatif yolu, iki adet engel, dört adet öz konuşma cümlesi
61 yaş, Erkek	“ Umut edebilmek yaşamaya devam etmektir.”	Dört hedef, ana hedefin dört farklı alternatif yolu, dört adet engel, beş adet öz konuşma cümlesi
62 yaş, Erkek	“ Umut olmadan inanç tam olmaz”	Dört hedef, ana hedefin dört farklı alternatif yol, iki adet engel, dört adet öz konuşma cümlesi
58 yaş, Erkek	“ Umut, eşimle birlikte yaşama tutunmamdır.”	Üç hedef, ana hedefin üç farklı alternatif yolu, bir adet alternatif yola ait alternatif yol, dört adet engel, dört adet öz konuşma cümlesi

Katılımcının Yaşı ve Cinsiyeti	Katılımcının Özel Umut Tanımı	Umut Ağacına Ait Bilgiler
71 yaş, Kadın	“ Umut, nefes almaya devam etmek için güçtür. ”	Altı hedef, ana hedefin dört farklı alternatif yolu, dört adet engel, dört adet öz konuşma cümlesi
69 yaş, Erkek	“ Umut hayatta dik durmaktır. ”	Beş hedef, ana hedefin üç farklı alternatif yolu, üç adet engel, üç adet öz konuşma cümlesi
83 yaş, Kadın	“ Umut yaşamaya devam etmektir. ”	Beş hedef, ana hedefin dört farklı alternatif yolu, dört adet engel, dört adet öz konuşma cümlesi
68 yaş, Kadın	“ Umut, istediklerimi yapmam için adım atmamdır. ”	Dört hedef, ana hedefin üç farklı alternatif yolu, üç adet engel, üç adet öz konuşma cümlesi
26 yaş, Erkek	“ Umut, hayatıma devam etmemdir. ”	Dört hedef, ana hedefin üç farklı alternatif yolu, üç adet engel, üç adet öz konuşma cümlesi
47 yaş, Kadın	“ Umut, hayatta dik durmam için gereken şeydir. ”	Dört hedef, ana hedefin üç farklı alternatif yolu, üç adet engel, üç adet öz konuşma cümlesi



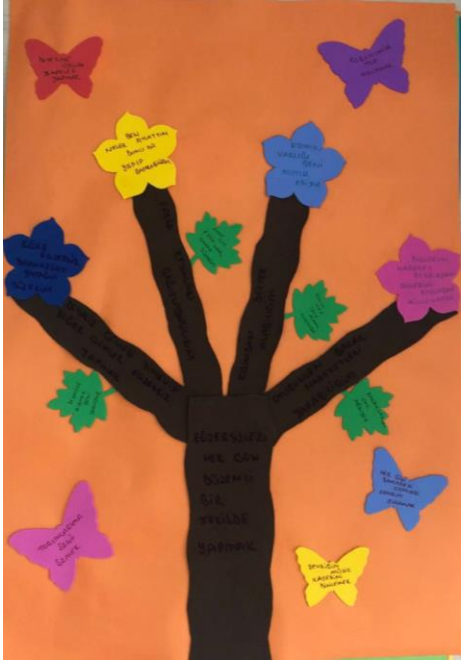
21 yaş, Erkek

*"Umut, uzun bir ömürde,
her an, güçlü durmaktır."*



65 yaş, Erkek

*"Umut, hayatın ne olursa olsun devam
ettiğini bilmektir."*



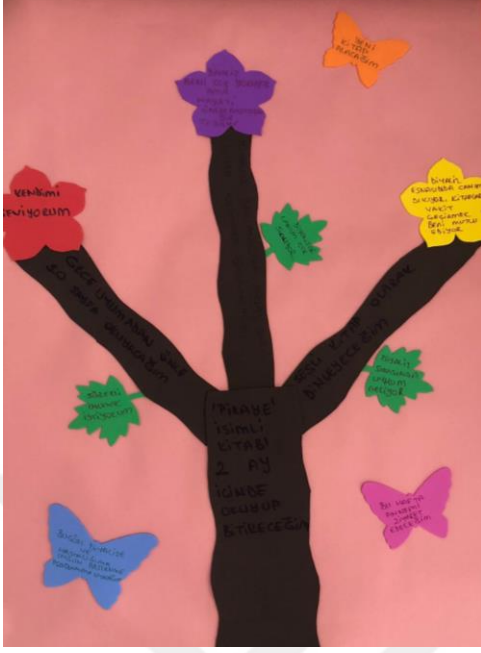
75 yaşında, Kadın

"Umut, başarabilme inancıdır."



68 yaş, Erkek

"Umut, güçtür."



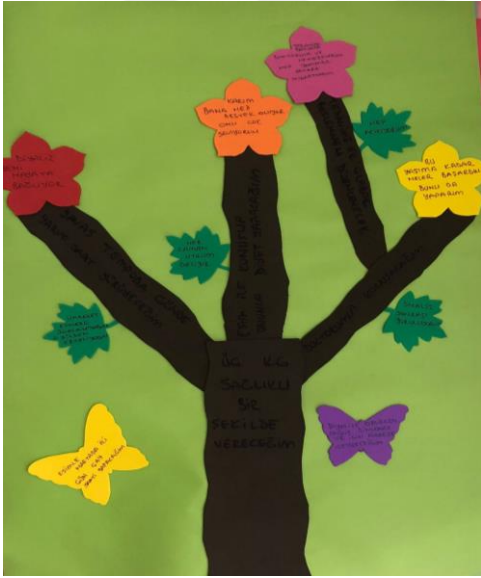
39 yaş, Kadın,

“Umut, hayata devam etmenin anahtarıdır.”



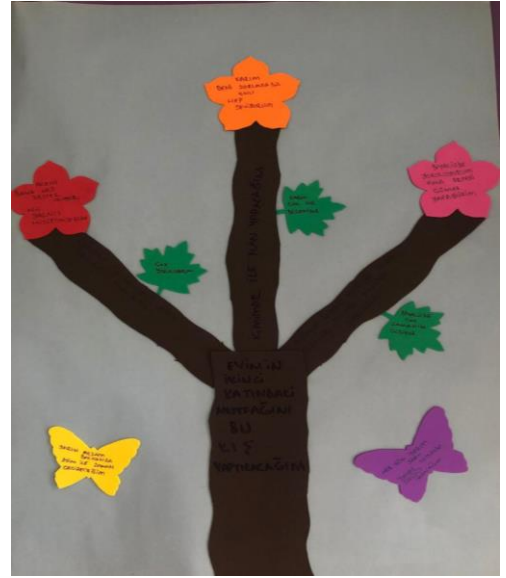
49 yaş, Erkek

“Umut, karımın gülüşüdür.”



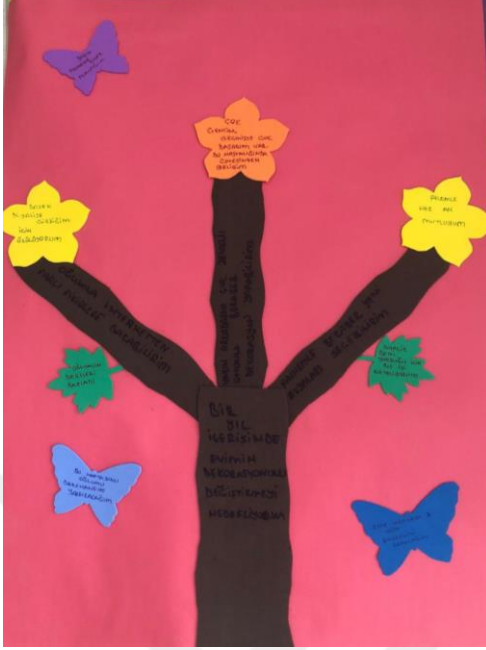
75 yaş, Erkek

“Umut, yanımdakilerle mutlu olmamdır.”



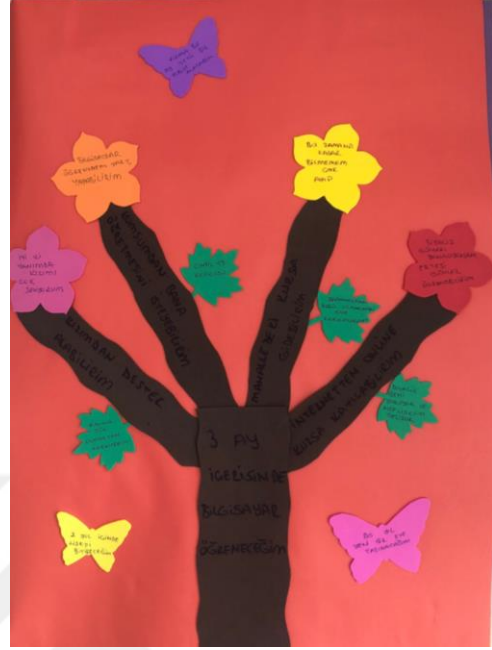
68 yaş, Erkek

“Umut, yaşama devam etmem için gereken duygudur.”



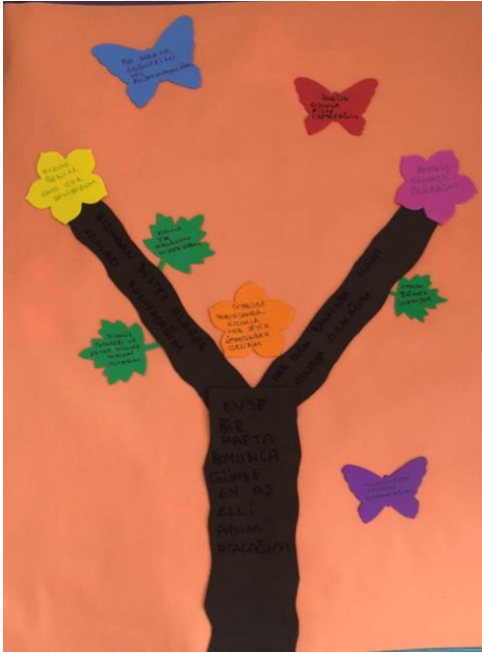
43 yaş, Kadın

"Umut, ailemin varlığıdır."



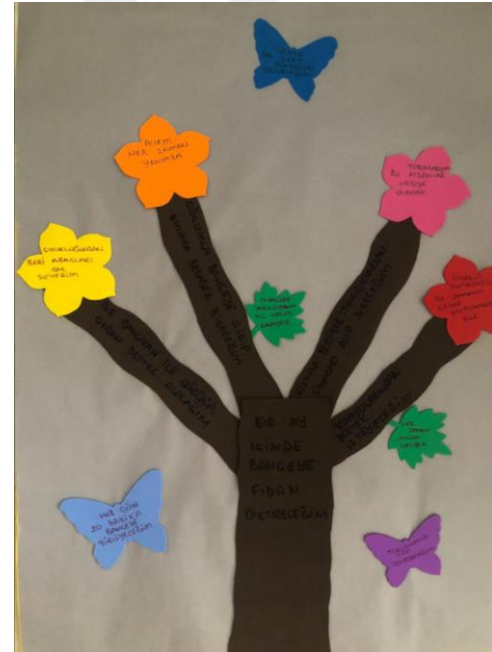
44 yaş, Kadın

"Umut, nefes aldıkça devam eder."



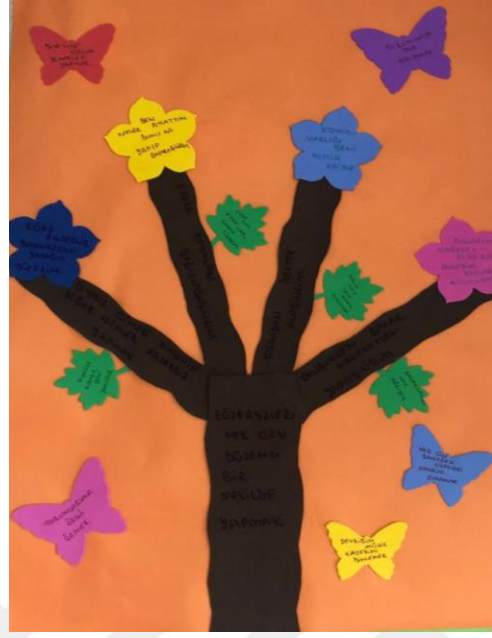
63 yaş, Kadın

"Umut, inancın temelidir."



82 yaş, Erkek

"Torunlarımla oyun oynadığım sürece umut vardır."



71 yaş, Kadın

“Umut, nefes almaya devam etmek için güçtür.”



69 yaş, Erkek

“Umut hayatta dik durmaktır.”



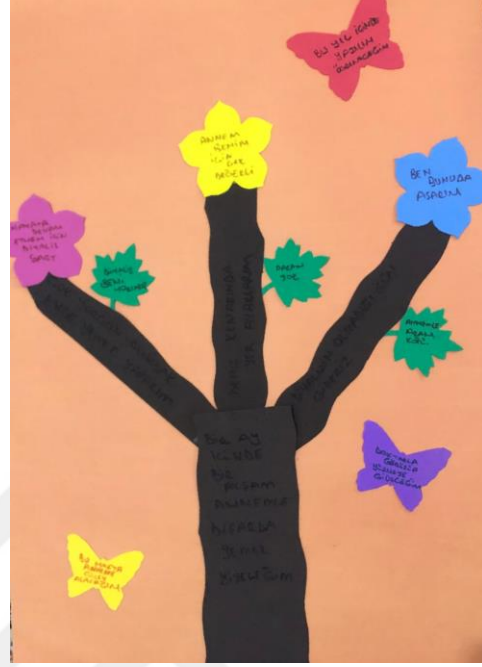
83 yaş, Kadın

“Umut yaşamaya devam etmektir.”



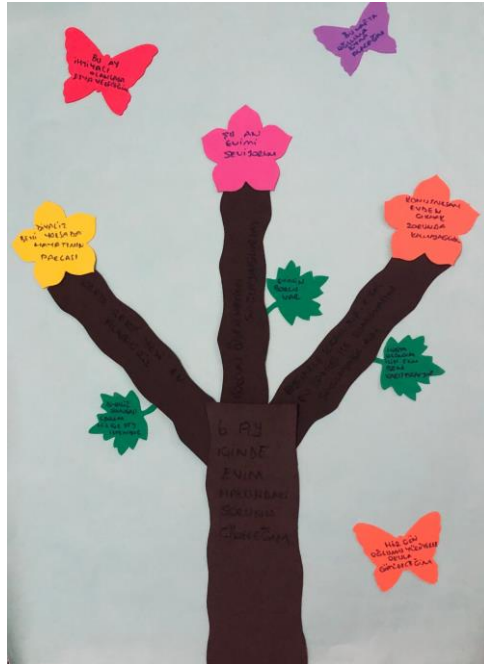
68 yaş, Kadın

“Umut, istediklerimi yapmam için adım atmamdır.”



26 yaş, Erkek

“Umut, hayatıma devam etmemdir.”



47 yaş, Kadın

“Umut, hayatta dik durmam için gereken şeydir.”

Ek 7. Konu ile ilgili alınan eğitimler



Katılım Belgesi

— Şerife Bilge Duran —

Başkent Psikoloji Atölyesi tarafından
12-14 Ağustos 2020 tarihlerinde düzenlenen
Prof. Dr. Kültegin Ögel ile
“**Motivasyonel Görüşme Tekniği**”
eğitimi tamamlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.



**BAŞKENT
PSİKOLOJİ
ATÖLYESİ**

Eğitmen
Prof. Dr. Kültegin ÖGEL

WORLD ASSOCIATION FOR POSITIVE AND TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY (WAPP)



In cooperation with

INTERNATIONAL ACADEMY OF POSITIVE AND TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY (IAPP)

— Professor Peseschkian Foundation —

(European Accredited Psychotherapy Training Institute of the European Association for Psychotherapy)

EUROPEAN FEDERATION OF THE CENTERS FOR POSITIVE PSYCHOTHERAPY (EFCPP)

(European Wide Accrediting Organization and European Wide Organization of the European Association for Psychotherapy)

WIESBADEN ACADEMY OF PSYCHOTHERAPY (WIAP)

(German State-licensed Postgraduate Institute for Psychodynamic Psychotherapy and Child/Adolescent Psychotherapy)

EFCPP is a member of the International Federation for Psychotherapy (IFP),
member of the World Council for Psychotherapy (WCP) and of the European Association for Psychotherapy (EAP)

BASIC CONSULTANT OF POSITIVE PSYCHOTHERAPY

(Basic Training)

Şerife Bilge Duran

HAS COMPLETED AN OFFICIAL CERTIFIED BASIC TRAINING PROGRAM IN ACCORDANCE WITH THE REGULATIONS OF
THE ABOVE MENTIONED ORGANIZATIONS, AND HAS PASSED SUCCESSFULLY THE REQUIRED EXAMINATION.
THE TRAINING CONSISTED OF 200 HOURS OF THEORETICAL AND PRACTICAL TRAINING.

Wiesbaden, Germany; 19

to: TRK-106-2021

An administration fee of 75 Euro has been paid to the WAPP.

Dr. Tugba San
Certified Master Trainer
World Association for Positive and Transcultural Psychotherapy

py, Luisenstrasse 28, 65185 Wiesbaden, Germany, wapp@positum.org, www.positum.org

Ek 8. Etik Kurul Onayı

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

Sayı : 70904504/ *hsp* 10.09/2020
Konu :
Sayın
Dr.Öğr.Üyesi İlkay KESER
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz,
"Umut Odaklı Motivasyonel Görüşmenin Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerim Depresyon,
Anksiyete, Stres ve Umut Düzeyine Etkisi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Afet TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Etik Kurul Kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2020

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Üyesi İlkey KESER
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Umut Odaklı Motivasyonel Görüşmenin Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerim Depresyon, Anksiyete, Stres ve Umut Düzeyine Etkisi
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 623	Tarih: 26.08.2020
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir	

Ek 9. Kurum Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/10/2020-E.105270

 T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Nefroloji Bilim Dalı

Sayı : 60590709/1446 02/10/2020
Konu: Şerife Bilge DURAN Tez Çalışması Hk.

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

İlgi : Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü'nün 28/09/2020 tarih ve 26708535-900-E.101886 sayılı yazısı.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği programı Yüksek Lisans öğrencisi Şerife Bilge DURAN'nın "Umut Odaklı Motivasyonel Görüşmenin Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Depresyon, Anksiyete, Stres ve Umut Düzeyine Etkisi" konulu tez çalışmasını Bilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Gültekin SULEYMANLAR
Nefroloji Bilim Dalı Başkanı

Bu belge 6079 Adresli Elektronik Kurum Kayıt Sistemi ile oluşturulmuştur. Bilgi İşlem Sorumlusu M. COŞKUN
Tarih: 05/10/2020 14:46

Ek 10. a

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Çalışma Başlığı: UMUT ODAKLI MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERİN DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES VE UMUT DÜZEYİNE ETKİSİ

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Şerife Bilge Duran'ın tez çalışması olarak yapılmaktadır. Çalışmanın amacı, umut odaklı motivasyonel görüşmenin hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin depresyon, anksiyete, stres ve umut düzeyine etkisini değerlendirmektir. Çalışma kapsamında sizinle diyaliz tedaviniz sırasında yaklaşık bir saat süren görüşmeler yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır, bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında, bir neden belirtmeksizin çalışmadan ayrılabilirsiniz. Vereceğiniz yanıtlar kesinlikle gizli tutulacak ve araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Çalışmada hiçbir şekilde adınız anılmayacak, belirtilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu onam formunu okudum ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Tarih:.....

Katılımcı

Adı Soyadı:

İmza:

Adres:

Tel:

İmza:

Araştırmacı

Şerife Bilge DURAN

Ek 10.b

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Çalışmanın İsmi: UMUT ODAKLI MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERİN DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES VE UMUT DÜZEYİNE ETKİSİ

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Şerife Bilge Duran'ın tez çalışması olarak yapılmaktadır. Çalışmanın amacı, umut odaklı motivasyonel görüşmenin hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin depresyon, anksiyete, stres ve umut düzeyine etkisini değerlendirmektir.

Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır, bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında, bir neden belirtmeksizin çalışmadan ayrılabilirsiniz. Vereceğiniz yanıtlar kesinlikle gizli tutulacak ve araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Çalışmada hiçbir şekilde adınız anılmayacak, belirtilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu onam formunu okudum ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Tarih:.....

Katılımcı

Araştırmacı

Adı Soyadı:

Şerife Bilge DURAN

İmza:

Adres:

Tel:

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Şerife Bilge	Uyruğu	T.C.
Soyadı	DURAN	Tel no	-
Doğum tarihi	-	e-posta	-

Eğitim Bilgileri

