**KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ**
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**
**DİSİPLİNLERARASI AİLE DANIŞMANLIĞI ANABİLİM DALI**
**AİLE DANIŞMANLIĞI TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

# HEMODİYALİZ HASTALARININ AİLE DEĞERLENDİRMELERİ VE AİLE DANIŞMANLIĞI GEREKSİNİMLERİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

**Büşra GÜRBÜZ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**KONYA**
**Eylül, 2020**

# HEMODİYALİZ HASTALARININ AİLE DEĞERLENDİRMELERİ VE AİLE DANIŞMANLIĞI GEREKSİNİMLERİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

Büşra GÜRBÜZ

KTO Karatay Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Disiplinlerarası Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Kamil ALPTEKİN

Konya
Eylül, 2020

## KABUL VE ONAY

Büşra GÜRBÜZ tarafından hazırlanan "Hemodiyaliz Hastalarının Aile Değerlendirmeleri ve Aile Danışmanlığı Gereksinimleri Üzerine Bir Çalışma" başlıklı bu çalışma, 9 Haziran 2020 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

**Jüri Başkanı:** **Doç. Dr. Nur Feyzal KESEN** _____
Selçuk Üniversitesi

**Tez Danışmanı:** **Prof. Dr. Kamil ALPTEKİN** _____
KTO Karatay Üniversitesi

**Jüri Üyesi:** **Dr. Öğr. Üyesi Demet AKARÇAY ULUTAŞ**_____
KTO Karatay Üniversitesi

Jüri tarafından kabul edilen bu çalışmanın Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

_____

**Prof. Dr. Hüseyin Bekir YILDIZ**
Enstitü Müdürü

## BİLDİRİM

Enstitü tarafından onaylanan Yüksek Lisans tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını basılı veya dijital biçimde arşivleme ve aşağıda belirtilen koşullar dahilinde erişime açma iznini KTO Karatay Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle, Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak ve gelecekteki çalışmalar (makale, kitap, lisans, patent vb.) için tezimin tamamının veya bir bölümünün kullanım hakları yalnızca bana ait olacaktır.

Tezimin bütünüyle kendi çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izinle kullanılması zorunlu olan kaynakları, yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde izinlerin suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayımlanan "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" kapsamında, tezim, aşağıda belirtilen koşullar haricince, YÖK Ulusal Tez Merkezi ve KTO Karatay Üniversitesi Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

☐ Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir.[1]

☐ Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren … ay ertelenmiştir.[2]

☐ Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.[3][4]

9 Eylül 2020

_____

**Büşra GÜRBÜZ**

[1] MADDE 6(1) Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

[2] MADDE 6(2) Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

[3] MADDE 7(1) Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

[4] MADDE 7(2) Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

## ETİK BEYAN

KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kurallarına uygun olarak Prof. Dr. Kamil ALPTEKİN danışmanlığında tarafımdan üretilen bu tez çalışmasında; sunduğum tüm veri, enformasyon, bilgi ve belgeleri bilimsel etik kuralları çerçevesinde elde ettiğimi, tüm değerlendirme, analiz, bulgu ve sonuçları bilimsel usullere uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım kaynakların tümüne bilimsel normlara uygun biçimde atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin/projemin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Eylül, 2020

_____

**Büşra GÜRBÜZ**

## TEŞEKKÜR

Mesleki eğitim sürecim olan lisans ve yüksek lisans eğitimlerim boyunca mesleğimi tanıyıp sevmemdeki rolünden tez çalışmamdaki katkılarına kadar üzerimde çok büyük emekleri bulunan ve çalışmamın her aşamasında engin deneyimleri, özverisi, değerli bilgi, görüş ve önerileriyle araştırmama ve eğitimime katkı sunan, sürekli motive edip destekleyen, sonsuz minnet duyduğum ve her daim örnek aldığım kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Kamil ALPTEKİN'e,

Bilgi, tecrübe ve zamanlarını esirgemeyerek sınırsız anlayış ve nezaketleri ile daima benimle ilgilenen, cesaretlendiren, teşvik ve rehberlik eden, kendilerinden çok şey öğrendiğim ve öğreneceğim kıymetli hocalarım Dr. Öğretim Üyesi Demet AKARÇAY ULUTAŞ ve Dr. Öğretim Üyesi Dilara USTABAŞI GÜNDÜZ'e,

Çalışmamdaki örneklem grubuna erişim noktasında yapmış olduğu yönlendirme ve önerileriyle veri toplama sürecimi kolaylaştırarak çalışmam için önemli destekler sunan değerli hocam Öğr. Gör. Gülfidan BAŞER'e,

Sorduğum her soruya itina ile yanıt veren, yardımlarını esirgemeyen, daima destek olup motive eden sevgili hocalarım Arş. Gör. Döne AYHAN ve Arş. Gör. Ayşe Nur BOZ'a,

Bu süreçte heyecanıma ortak olan, ihtiyacım olan her konuda yardımlarını eksik etmeyen, her zaman yanımda olduklarını bildiğim sevgili mesai arkadaşlarım Zeliha ULUTAŞ ve Sümeyye AYDOĞDU'ya,

COVİD-19 pandemi sürecinin getirdiği güçlüklere rağmen anketleri uygulamama izin veren ve uygulama esnasında da yardımlarını esirgemeyen diyaliz merkezi yetkililerine, çalışanlarına ve bu süreçte zamanını ayırarak gönüllü bir fedakârlık ile çalışmama katılan tüm hemodiyaliz hastalarına teşekkürü bir borç bilirim.

En içten teşekkürüm ise; başından sonuna kadar tez çalışmamın bu noktaya kadar gelmesinde büyük emekleri olan, başarılı olmam için bana en büyük güç ve otorite kabul ettiğim fedakarlıklarını sunan, sonsuz sevgi ve ilgileriyle beni daha da güçlendiren annem Şengül GÜRBÜZ ve babam Yusuf GÜRBÜZ ile yetişemediğim yerlerde ellerini uzatarak her daim yanımda bulunan, en büyük destekçilerim ve diğer güç kaynaklarım olan biricik ablam ve kardeşimedir.

Eylül, 2020 Büşra GÜRBÜZ

# ÖZET

Büşra GÜRBÜZ

Hemodiyaliz Hastalarının Aile Değerlendirmeleri ve Aile Danışmanlığı Gereksinimleri Üzerine Bir Çalışma

Yüksek Lisans Tezi

Konya, 2020

Bu araştırmanın amacı, hemodiyaliz hastalarının psikososyal boyutlarıyla kapsamlı bir şekilde aile değerlendirmelerini yapmak ve aile danışmanlığına olan gereksinim durumlarını ortaya çıkarmaktır. Çalışma, nicel araştırma yöntemine uygun olarak tasarlamış olup tarama modellerinden ilişkisel tarama modeline göre planlanmıştır. Bu doğrultuda Konya il merkezinde faaliyette bulunan biri kamu diğeri özel sektöre ait iki hemodiyaliz ünitesinde tedavi görmekte olan ve olasılık temelli örnekleme türünden eleman örnekleme tekniği ile seçilen 144 hemodiyaliz hastasına yüz yüze Anket Formu ve Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmada hemodiyaliz hastalarının %62,50'sinin aile danışmanlığı hizmeti istediği belirlenmiştir. Hastalar kendilerine aile danışmanlığı hizmeti sağlanması durumunda aile danışmanı ile ailede kaliteli zaman geçirememe (%76,39), stresle başa çıkamama (%75,0) ve maddi sorunlar yaşama (%73,61) gibi konuları öncelikle konuşmak istediklerini belirtmişlerdir. Bununla birlikte araştırmada; cinsiyet, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, aylık gelir, hemodiyaliz seans sayısı, hemodiyaliz dışında hastalığa sahip olma, aile danışmanlığı hizmeti isteme durumu ve hastaların geleceğe ilişkin bakışı ile Aile Değerlendirme Ölçeği'nden ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farkın ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır. Araştırmada ulaşılan sonuçlar doğrultusunda; acilen hemodiyaliz merkezlerinde tedavi gören hastalara aile danışmanlığı hizmetine yönelik çeşitli olanaklar sunulması (hizmetin tanıtılması, aile danışmanlığı hizmetlerinden yararlanmak isteyenler için yönlendirmelerin yapılması, bu hizmeti de sunabilecek psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi profesyonellerin zorunlu olarak çalıştırılması vb.) önerilmektedir. Hemodiyaliz hastalarının aile boyutunu çeşitli yönleriyle inceleyecek, derinlemesine bilgi elde etmeye olanak sağlayacak nitel ve karma yöntemlerle yeni araştırmaların yapılması ve bu konunun çeşitli disiplinler ve farklı perspektiflerle ele alınması önemli görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler**

Kronik böbrek yetmezliği, hemodiyaliz, aile değerlendirme, aile danışmanlığı.

## ABSTRACT

Büşra GÜRBÜZ

A Study on the Family Assessments and Family Counseling Needs of Hemodialysis Patients

Master's Thesis

Konya, 2020

The aim of this study is to make comprehensive family evaluations of hemodialysis patients with their psychosocial dimensions and to reveal their need for family counseling. The study was designed in accordance with the quantitative research method and planned according to the relational scanning model, one of the scanning models. In this direction, face-to-face questionnaire form and family assessment scale were applied to 144 hemodialysis patients who were selected with probability-based sampling technique and who were receiving treatment in two hemodialysis units, one of which belongs to public and one to private sector, operating in Konya city center. In the study, it was determined that 62.50% of hemodialysis patients wanted family counseling service. The patients stated that they would like to discuss issues such as not being able to spend quality time in the family (76.39%), not being able to cope with stress (75.0%) and having financial problems (73.61%) with the family counselor in case of providing family counseling service. However, in the research; there is a significant difference was found between gender, educational status, having children, employment status, monthly income, number of hemodialysis sessions, having a disease other than hemodialysis, requesting family counseling service and the patient's future outlook, and the scores obtained from the Family Assessment Scale and its subscales ($P < 0.05$). In line with the results obtained in the research; providing various opportunities for family counseling services to patients who are urgently treated in hemodialysis centers (introduction of the service, referrals for those who want to benefit from family counseling services, mandatory employment of professionals such as psychologists and social workers who can provide this service, etc.) are recommended. It is important to conduct new researches with qualitative and mixed methods that will examine the family dimension of hemodialysis patients from various aspects and allow to obtain in-depth information, and to address this issue with various disciplines and different perspectives.



**Keywords**

Chronic kidney failure, hemodialysis, family assessment, family counseling.

# İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY ..... i
BİLDİRİM ..... ii
ETİK BEYAN ..... iii
TEŞEKKÜR ..... iv
ÖZET ..... i
ABSTRACT ..... ii
TABLOLAR DİZİNİ ..... vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... viii
1. GİRİŞ ..... 1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi ..... 3
1.2. Araştırmanın Amaç ve Alt Amaçları ..... 7
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları ..... 8
1.4. Araştırmanın Varsayımları ..... 9
1.5. Tanımlar ..... 9
1.5.1. Kronik Böbrek Yetmezliği ..... 9
1.5.2. Hemodiyaliz ..... 10
1.5.3. Aile Değerlendirme ..... 10
1.5.4. Aile Danışmanlığı ..... 10
2. KURAMSAL ÇERÇEVE ..... 11
2.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ ..... 11
2.1.1. Etiyoloji ..... 12
2.1.2. Epidemiyoloji ..... 12
2.1.3. Tedavi ..... 13
2.1.3.1. Böbrek Nakli (Transplantasyon) ..... 14
2.1.3.2. Periton Diyalizi ..... 15
2.1.3.3. Hemodiyaliz ..... 16
2.1.3.3.2. Hemodiyaliz Çeşitleri ..... 17

2.1.3.3.2. Hemodiyaliz İşlemi ..... 18
2.1.3.3.3. Hemodiyalizin Avantaj ve Dezavantajları ..... 19
2.2. HEMODİYALİZ HASTALARININ KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR ..... 21
2.2.1. Beden Sağlığı Sorunları ..... 21
2.2.2. Ruh Sağlığı Sorunları ..... 21
2.2.3. Sosyo-Ekonomik Sorunlar ..... 22
2.2.4. Cinsel Sorunlar ..... 23
2.3. AİLE VE HEMODİYALİZ HASTALIĞI ..... 24
2.3.1. Aile Kavramının Tanımı ve Önemi ..... 24
2.3.2. Başlıca Aile Kuramları ..... 25
2.3.2.1. Yapısal İşlevsel Kuramı ..... 25
2.3.2.2. Çatışmacı Kuram ..... 25
2.3.2.3. Sembolik Etkileşim Kuramı ..... 26
2.3.2.4. Feminist Kuram ..... 26
2.3.2.5. Sistem Kuramı ..... 27
2.3.3. Aile Yapısı ve Fonksiyonları ..... 27
2.3.4. Ailede Sağlık ve Kronik Hastalıklar ..... 29
2.3.5. Hemodiyaliz Hastalarının Aile Yaşamları ..... 33
2.3.5.1. Hemodiyaliz Hastalığın Aile Yaşamına Etkileri ..... 34
2.3.5.2. Hemodiyaliz Hatalığının Tedavisinde Ailenin Rolü ..... 40
2.3.5.3. Hemodiyaliz Hastalarında Aile Danışmanlığı Gereksinimi ..... 45
3. YÖNTEM ..... 48
3.1. Araştırmanın Modeli ..... 48
3.2. Evren ve Örneklem ..... 48
3.3. Veri Toplama Araçları ..... 50
3.3.1. Anket Formu ..... 50
3.3.2. Aile Değerlendirme Ölçeği ..... 51

3.4. Veri Toplama Süreci ..... 53
3.5. Verilerin Analizi ..... 55
4. BULGULAR ..... 57
4.1. Hemodiyaliz Hastalarını Tanımlayıcı Bulgular ..... 57
4.2. Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Bulgular ..... 60
4.3. Aile Desteği ve Aile Danışmanlığı Gereksinimine İlişkin Bulgular ..... 63
4.4. Hipotez Testlerine İlişkin Bulgular ..... 66
5. TARTIŞMA ..... 88
5.1. Hemodiyaliz Hastalarını Tanımlayıcı Bulgulara Yönelik Tartışma ..... 88
5.2. Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma ..... 91
5.3. Aile Desteği ve Aile Danışmanlığı Gereksinimine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma ..... 94
5.4. Hipotez Testlerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma ..... 96
6. SONUÇ VE ÖNERİLER ..... 104
6.1. SONUÇ ..... 104
6.2. ÖNERİLER ..... 107
KAYNAKLAR ..... 111
EKLER ..... 135
Ek 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ..... 135
EK 2. Anket Formu ..... 136
EK 3. Aile Değerlendirme Ölçeği ..... 140
EK 4. Etik Kurul İzni ..... 144
EK 5. Covid-19 Etik Kurul İzni ..... 145
EK 6. Konya İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni ..... 146
EK 7. Aile Değerlendirme Ölçeği İzni ..... 147
ÖZGEÇMİŞ ..... 148

# TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri (N=144) ..... 57
Tablo 2. Hastaların Sosyo-Ekonomik Özellikleri (N=144) ..... 59
Tablo 3. Hemodiyaliz Hastalarının Hemodiyaliz Seans Durumları (N=144) ..... 60
Tablo 4. Hemodiyaliz Hastalarının Tedavi Süreci (N=144) ..... 61
Tablo 5. Hemodiyaliz Hastalarının Günlük Yaşamlarındaki Değişimler (N=871) ..... 62
Tablo 6. Hemodiyaliz Hastalarının Aile Destek Durumları (N=144) ..... 64
Tablo 7. Hemodiyaliz Hastalarının Aile Danışmanlığı Gereksinimleri (N=144) ..... 65
Tablo 8. Hastaların Aile Değerlendirme Ölçeği puanları (N=144) ..... 66
Tablo 9. Hastaların Cinsiyete Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=144) ..... 67
Tablo 10. Hastaların Yaş Grubuna Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=144). ..... 69
Tablo 11. Hastaların eğitim durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144) ..... 70
Tablo 12. Hastaların medeni durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144). ..... 73
Tablo 13. Hastaların çocuk sahibi olma durumu göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144) ..... 74
Tablo 14. Hastaların çalışma durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144) ..... 75
Tablo 15. Hastaların Aylık Gelire Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=144) ..... 76
Tablo 16. Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi Alma Süresine Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=144) ..... 79
Tablo 17. Hastaların haftalık hemodiyaliz seans sayısına göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144) ..... 81
Tablo 18. Hastaların hemodiyaliz dışında hastalığı olması durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144) ..... 82
Tablo 19. Hastaların günlük yaşamını sürdürmek için yeterli güce ve enerjiye sahip olduğunu düşünme durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144) ..... 83

Tablo 20. Hastaların tedavi boyunca aile danışmanlığı hizmeti isteme durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144). ..... 85

Tablo 21. Hastaların geleceğe ilişkin bakışına göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144) ..... 86

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

**ADÖ** **:**Aile Değerlendirme Ölçeği

**DSÖ** **:** Dünya Sağlık Örgütü

**GFR** **:** Glomerüler Filtrasyon Hızı

**KBY** **:** Kronik Böbrek Yetmezliği

**SB** **:** Sağlık Bakanlığı

**RRT** **:** Renal Replasman Tedavisi

**TND** **:** Türk Nefroloji Derneği

## 1. GİRİŞ

Günümüzde teknolojinin gelişmesi ve tıp biliminde yaşanan ilerlemelerle birlikte sosyal refah düzeyi artmış, yaşam koşulları iyileşmiş ve insan ömrü uzamıştır (Eraksoy, 2017, s. 100). Bu değişimler sonucunda birtakım hastalıklar uygun tedavi yolu ile iyileşirken; bazı hastalıklar uygun tedavi yolu bulunamadığından kronik hastalık olarak tanımlanmış ve günümüzde, kronik hastalıkla birlikte geçen bir yaşam süreci ortaya çıkmıştır (Aydemir, Kasım, Celebi, Göka ve Tüzer, 2002, s.29-30).

Kronik hastalıklar, tam olarak iyileşmeyip sürekli ilerleyen ve bireyleri fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik yönden etkileyen patolojik değişiklikleri ifade etmektedir (Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014, s. 7). Bu hastalıklar tüm dünyada en önemli mortalite ve morbidite sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır. Nitekim ABD'de ölüme sebep olan 15 nedenden yedisi; malign neoplasmlar, serebrovasküler hastalıklar, kalp hastalıkları, alzheimer, kronik alt solunum yolu hastalıkları, diyabet ve kronik böbrek yetmezliği olarak sıralanmaktadır (Özcanarslan, 2017, s.366). Kronik böbrek yetmezliğinin ülkemizde de önemli mortalite ve morbidite sebebi olmasından dolayı bu hastalık hem dünyada hem de ülkemizde ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Taş, Cengiz, Erdem, Karataş ve Kara, 2011, s. 120-121).

Kronik hastalıkların en önemlilerinden biri olan kronik böbrek yetmezliği (KBY), herhangi bir böbrek hastalığı tipinin ilerlemesiyle meydana gelip hastalığın son evresini oluşturan, geri dönüşü olmaksızın kaybedilen böbrek fonksiyonlarında oluşan kronik ve ilerleyici bozulma halini ifade eder (Robbins, 2014, s.517). Bu dönemde hastaların yaşam süresini uzatmak ancak transplantasyon, periton diyalizi veya hemodiyaliz tedavisi ile mümkün olmaktadır (Akdemir, Akkuş, Kapucu, ve Karacan, 2006, s.36; Sifil, 2018, s. 99). Transplantasyon, böbrek nakli ile tedavi edilme yöntemini ifade ederken; periton diyalizi, evde aletli periton diyalizi bulundurularak hastanın kendisi tarafından ve çoğu kez ayaktan uygulanan bir tedavi yöntemidir (Ersoy, 2005, s. 88-89). Hemodiyaliz ise hasta kanının böbrek makinesi olarak adlandırılan özel bir cihaz aracılığıyla temizlenerek hastaya tekrar verilmesi işlemidir (Yürügen, 2015a, s. 2; Sifil, 2008). 2018 yıl sonu verilerine göre Türkiye'de hemodiyaliz hastalarının %21.24'ü (17.220 kişi) transplantasyon, %3.94'ü (3.192 kişi) periton diyalizi ve %74.82'si (60.643 kişi) ise

hemodiyaliz hastasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı [SB] ve Türk Nefroloji Derneği [TND] Ortak Raporu, 2019).

Sağlık, fiziksel ve ruhsal boyutları olan ve bu boyutlarıyla ayrılmaz bir bütün olarak nitelendirilirken hastalık; kişiler için biyolojik, sosyal, ruhsal, ailesel, psikolojik, psikoseksüel gibi çok boyutlu bir olgu olarak görülmekte olup kimlik, yaşam ve varoluş bir kriz olarak kabul edilmektedir (Kocaman, 2005, s.18). Türkiye'de KBY'nin en yaygın tedavi şekli olarak karşımıza çıkan hemodiyaliz tedavisi ile birlikte hastada halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık, uyku bozuklukları gibi bedensel belirtilerin yanı sıra ekonomik, psikolojik, sosyal ve cinsel işlev bozuklukları gibi pek çok boyutta sorun yaşandığı araştırmalarla desteklenmektedir (Masaroğulları, 2014; Arıkan, 2014; Zengin, 2015; Kaçmaz, 2016; Işıldar, 2018; Mutlu, 2007; Sevindik, 2017; Sermenli Aydın, 2018; Aydın, 2014).

Kriz kelimesi Çince'de fırsat ve tehlike anlamına gelmektedir. İyi yönetilmezse çatışma; iyi yönetilirse ise bir fırsat olarak değerlendirilebilir. Ailede ortaya çıkabilecek ve iyi yöneltilmediği sürece büyük çatışmaları ortaya çıkarabilecek krizlerden bazıları; ekonomik zorlukların aile dinamiklerini etkilemesi, cinsel sorunlar, ailenin sosyal çevre veya akrabalarıyla yaşadığı sorun, ailede oluşan kayıp, ebeveynlerin iş yaşamlarındaki sorunlar ve yoğun iletişim sorunlardır (Elmas, 2017). Tıbbi krizle karşılan aile hastalık süreci boyunca sürekli değişen koşullara uyum sağlayarak başa çıkma stratejileri geliştirmek durumunda kalmaktadır (Coad, Kaur, Ashley, Owens, Hunt, Chambers ve Brown, 2015, s. 45-46; Adistie, Lumbantobing ve Maryam , 2019, s. 1-4). Bununla birlikte hemodiyaliz hastalığı süresince hastalık olgusu başlı başına bir kriz iken, hastalığın doğurduğu sosyal, psikolojik, ekonomik boyutları da hasta ve ailesi için farklı krizleri beraberinde getirebilmektedir.

Bir sistem olarak aile, alt sistemlerden meydana gelmiş ve bir amaca yönelmiştir. Bireyler bu amacı yerine getirmek için bir araya gelen birer alt sistemidir (Nazlı, 2018; Kaban, 1994). Sistemin bütünü, sistem parçalarının toplamından daha fazlasını ifade etmektedir (Zubaroğlu Yanardağ ve Özmete, 2017). Sistem teorisine göre; bütün alt sistemler birbirleriyle etkileşim halindedir ve birinde oluşan değişim diğer alt sistemleri de etkilemektedir (Hallaç ve Öz, 2014). Bundan dolayıdır ki ailede bir kişide meydana gelen hastalık durumunun, diğer bütün aile üyelerini etkilemesi kaçınılmazdır. Nitekim Piening

(1985) ve Masting (1982)'e göre kronik böbrek yetmezliği bir aile hastalığıdır (Aydemir vd., 2002).

Sağlığın tam manasıyla sağlanabilmesi ve yaşam kalitesinin arıtılabilmesi, ancak biyopsikososyal bir varlık olan hastayı çevresiyle birlikte bütüncül olarak ele almakla mümkün olacaktır. Dolayısıyla yalnızca bireye odaklanmaksızın, hastanın çevresi ile etkileşimini de inceleyen araştırmalara ihtiyaç vardır. Özellikle bu sorunların toplumun en küçük yapıtaşını oluşturan ailelere olan etkisi, tartışılmaz bir gerçek olup ailesiyle birlikte ele alınmayan hastanın tam anlamıyla iyilik haline ulaşması mümkün görünmemektir. Bu duruma karşılık yapılan araştırmaların çoğu yalnızca hastaya odaklanıp çevresi ile etkileşimini göz ardı etmekte, dolayısıyla hastanın çevresi ile etkileşimine yönelik yapılan çalışma sayısı oldukça sınırlı kalmaktadır.

Bu çalışmada hemodiyaliz hastası ve ailesine odaklanılmış olup hemodiyaliz hastası üzerinden hastaların aileleri değerlendirilmiştir. Bir sistem olarak ele alınan ailede, hastalık sonrası ortaya çıkan sorunlar ile beliren aile danışmanlığı gereksinimi incelenmeye çalışılmıştır. Hemodiyaliz hastasını ailesiyle birlikte ele alması ve bu hastaların aile danışmanlığına olan gereksinimleri üzerinde durması yönüyle özgün ve önemli olan bu çalışmanın, alandaki çalışmalara katkı sağlayacağı beklenmektedir.

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bugün, geliştirilmiş bir tıp teknolojisi olan hemodiyalizin yaşam süresini artırmadaki önemi ve başarısı tartışılamaz bir gerçektir. Bununla birlikte Gutman ve arkadaşlarının (1981) yapmış olduğu çalışma sonucunda ABD'de hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yalnızca %25' inin kendi kendine yaşamını idame ettirebilmeyi başarabildiklerine dair elde edilen bulgular, bir hasta için yalnızca yaşam sürecinin uzatılmasının yeterli olmayacağı gerçeğini ortaya çıkarmaktadır. Oysaki kronik hastalarda tedavinin en önemli amaçlarından biri, yaşam süresini uzatmanın yanı sıra; fiziksel durumunun iyi olması, yaşama uyum sağlaması, eğlenmeye vakit ayırması, kişiler arası ilişkileri sağlıklı sürdürebilmesini kapsayan yaşam kalitesinin artırılması olmalıdır (Acaray ve Pınar, 2014, s. 1; Can, 2010). Bu durum tedavi sürecinin daha kapsamlı düşünülmesinin gerekliliğine işaret etmektedir (Acaray ve Pınar, 2004, s.37). Nitekim Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ)

göre sağlık, yalnızca sakatlık ya da hastalığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.

Teknolojide yaşanan gelişim ve değişimler, bir yandan hastalığın şiddetini azaltarak kronik hastalıklarla yaşayan kişilerin sayısını artırırken, diğer yandan da bu kişilerin yaşam sürelerini uzatarak daha uzun süre bir kronik hastalıkla birlikte yaşamayı beraberinde getirmektedir. Bunun sonucunda hastalığın getirisi olan problemlere maruz kalma süresi arttığından var olan problemler gittikçe daha da görünür hale gelmektedir (Eraksoy, 2017, s.100; Sathvik, Parthasarathi, Narahari ve Gurudev, 2008, s. 141).

Newby'e (1999) göre, yaşam süresi uzaması yalnızca hasta için değil, aynı evde yaşayan hasta yakınları için de kronik hastalıkla geçen süreyi artırmakta ve hasta yakınları da beraberindeki stres faktörleriyle daha uzun süre mücadele ederek hastalığa uyum sağlamak durumunda kalmaktadır (Aydemir vd., 2002). Dolayısıyla bir hemodiyaliz hastasının ailesi de hastanın yaşamakta olduğu sağlık, ekonomik, psikolojik, sosyal ve cinsel sorunlardan doğrudan etkilenmekte olup tüm aile üyeleri için yeni bir yaşam düzenini kaçınılmaz kılmaktadır. Nitekim kriz, var olan bir düzenin tehlikeli bir durum karşısında alt-üst olması sonucu kişinin ne bir kaçış ne de bir çözüm bulamaması hali olup aile içi farklı sorunları ortaya çıkaran bir durum olarak nitelendirilir (Özkan ve Afşar, 2015, s. 408). Böyle bir durumla karşı karşıya kalan aile günlük yaşam tarzlarını ve davranış kalıplarını yeni duruma uygun bir biçimde değiştirmesi gerekmektedir (Arestedt, Benzein, Persson ve Ramgar, 2016, s. 1-5).

Kronik hastalar; kriz, kronik ve terminal evre olmak üzere üç temel evreyi yaşarlar (Tüzer, 2001, s. 195). İlk evre olan kriz evresi, tanı öncesi belirtiler ve tanı sonrasındaki tedavi, uyum ve hastalıkla baş etme sürecini kapsayan evredir. İkinci evre olan kronik evre, uyum dönemi olan kriz ile ölümcül hastalık temalarının görüldüğü terminal evrelerinin arasında kalan, uzun veya kısa süreli olan dönemdir. Üçüncü evre olan terminal evre ise ölümün kaçınılmaz olduğu gerçeğinden, kayıp ve yas konularından bahsedilmeye başlandığı ve hastalığın son dönemi olarak adlandırılan süreçtir (Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezi [ADEMER], s. 21-23; Tüzer, 2001, s.195- 198; Çamsarı ve Sağlam, 2008, s. 88-89). Hasta ve ailesi kriz, kronik ve terminal evrelerini kapsayan bu uzun hastalık sürecinin her aşamasında farklı sorun ve ihtiyaçlar ile karşılaşabilmektedirler.

Kısa süreli ve yaşamı tehdit etmeyen hastalıklarda hasta ve aile fonksiyonları değişmeyebilir veya çok az bir değişiklik gösterebilir. Buna karşın yaşamı tehdit eden hastalıklarda hastalık stresine karşılık hasta ve ailesi; içine kapanma, kızgınlık, anksiyete, öfke, şok gibi tepkiler verir. Çünkü hastalık durumu kişinin otonomisini, üstlendiği rolü yerine getirmesini, bağımsızlığını, yeterliliğini ve öz benlik saygısını tehdit eden bir olgudur (Üstüner Top, 2015, s.305). Bu süreçte aile, hastanın bu stresli yaşam deneyimi ile olan mücadelesine destek olur ve kişinin ortaya çıkan sorunlarla baş etmesini kolaylaştırır (Şanlıtürk, Ovayolu ve Kes, 2018, s. 22-23). Buna karşın hastayla benzer süreçleri yaşayan diğer aile üyeleri de karşılaştığı sorunlarla baş edemeyebilir, izlemesi gereken yöntemde kararsızlık yaşayabilir, bu süreci nasıl yöneteceklerini bilemeyebilir ve iyi bir şekilde uyum sağlayamayabilir (Karasouli, Latchford ve Owens, 2014, s. 899-908; Cantekin, Curcani ve Tan, 2014, s. 679-680).

Aile, bir hemodiyaliz hastası için en önemli sosyal destek mekanizmasıdır. Dolayısıyla, hastalığın tedavisi noktasında da önemli bir role sahiptir. Fakat hemodiyaliz hastalığın birer sonucu olan bu olumsuz çıktıların aile üyeleri üzerinde de yorgunluk, yeni duruma uyum sağlayamama, depresyon, tükenmişlik gibi sonuçlar doğurabilme ihtimali göz ardı edilmemelidir. Şüphesiz böyle bir durumda aile üyesi hastalıkla baş etme sürecinde yetersiz kalabilir. Bu süreç başarılı bir şekilde atlatılamadığında ise hasta ve ailesi arasında meydana gelen bu çift yönlü etkileşimde yeni sorun ve ihtiyaçlar ortaya çıkmakta ve bu durum hasta, hasta ailesi ve hastalık seyrini istenmedik yönde değiştirerek olumsuz etkileyebilmektedir.

Hastalık sürecinde karşılaştığı zorlukları başarı bir şekilde atlatabilmesi ya da bu sürecin başarısızlıkla geçirilmesinde sağlıklı ya da sağlıksız aile yapısı belirleyici olabilmektedir. Ailenin; gereksinimlerinin karşılayabilmesi, çatışmalarını yönetilebilmesi, problem çözme becerilerini geliştirmesi, üyelerin birbiriyle açık bir iletişimde bulunabilmesi, iş birliği ve yardımlaşmayı sağlayabilmesi gibi faktörler bu sürecin başarılı bir şekilde yürütülmesinin yolunu açabilmektedir. Sağlıklı işlevlere sahip olmayan ya da kendi imkanları ile karşılaştıkları güçlüklerin üstesinden gelemeyen hastaların hastalık tanısından sonra birey ve ailesinde yaşanan bu kriz durumunun sağlıklı yönetilebilmesi ve ortaya çıkan sorunların çözümlenmesinde ise birey ve ailesine sağlanacak profesyonel destek önem kazanmaktadır. Bu noktada da ailenin yapısı ve işlevlerine yönelik

sorunların çözümü ve ihtiyaçların karşılanmasına ilişkin danışmanlık yapan aile danışmanlarına önemli görevler düşmektedir.

Literatür incelemeleri sonucunda (Masaroğulları, 2014, s. 19; Arıkan, 2014, s.78; Kaçmaz, 2016, s. 48; Işıldar, 2018, s.39; Mutlu, 2007) hemodiyaliz hastalarının bedensel, ruhsal, sosyal, ekonomik, psikolojik ve cinsel gibi pek çok boyutta sorunlar yaşadığı bilinmektedir. Bu sorunların hastanın ilk sosyal çevresi olan ailesine olan yansımaları yadsınamaz bir gerçek olup bu süreçte hasta ailesinin de tıpkı hasta gibi benzer sorunlarla karşı karşıya gelmesi sonucunda aile refahının olumsuz yönde etkilendiği bilinmektedir. Nitekim sistem teorisine göre ailede bir kişide meydana gelen hastalık durumunun diğer aile üyelerini de etkilemesi kaçınılmazdır. Hemodiyaliz hastalığına sahip kişi sayısının sürekli olarak arttığı günümüzde (TND, 2018), gelişen bilim ve teknolojilerle bu kişilerin yaşam sürelerinin de giderek uzaması hasta ve ailesinin söz konusu sorunlarla daha fazla baş etmesini gerekli kılmaktadır. Şüphesiz hemodiyaliz hasta ve ailelerinin karşılaştıkları sorunların çözümü için öncelikle bu sorun ve ihtiyaçların iyi anlaşılması gerekmektedir. Bunun için ise bu konuya ilişkin yapılan bilimsel çalışmalar, bu sorunlara ışık tutması yönüyle en hayati adımlardandır. Fakat gerçekleştirilen literatür araştırması sonucunda hemodiyaliz hastaları üzerinde yapılmış çalışmaların çoğunlukla yalnızca tedaviye odaklandığını ve hemodiyaliz hastaların aile yaşantıları, ailede karşılaşılan güçlükler, hasta ve ailesinin profesyonel destek alma eğilimleri gibi konulara ilişkin oldukça az sayıda çalışmanın bulunduğu görülmektedir. Dolayısıyla literatürde konuya ilişkin gözlemlenen bu bilgi boşluğu ve çalışma yetersizliği, araştırmanın temel problemini oluşturmaktadır. Oysaki konu, hasta ve ailesi için son derece önemli olup aile refahının artırılması noktasında üzerinde durulması gerekli olan bir husustur. Bu doğrultuda ailelerin çok yönlü değerlendirilmesi ve hakkında bilgi toplanması ihtiyacının giderilmesi gerekir.

Hemodiyaliz hastalarının aile değerlendirmelerini yaparak ve aile danışmanlığına olan gereksinimlerini ortaya çıkarmayı amaç edinen bu çalışma, ele aldığı konu itibariyle şüphesiz aile refahının artırılması noktasında aile danışmanlık uygulamalarına katkı sağlayacaktır. Bununla birlikte yapılan araştırmaların çoğunun yalnızca hastaya odaklanıp çevresi ile etkileşiminin göz ardı edilmesi ve hemodiyaliz hastalığı sonucunda ailede ortaya çıkan sorun ve beraberinde beliren ihtiyaçlara odaklanan yeterli çalışmanın bulunmaması gerek akademik gerekse uygulamaya katkı sağlayacak olan bu çalışmayı

özgün ve değerli kılmaktadır. Bununla birlikte özgün olarak tasarlanan bu araştırmanın yeni araştırmacılara farklı perspektifler sunabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmanın veri toplama aşamasının COVİD-19 pandemisi sebebiyle zorlu bir süreçte yapılması ve kronik bir hastalık olan KBY hastaları gibi hassas bir grup üzerinden gerçekleştirilmesi ise çalışmayı önemli kılan bir diğer unsurdur.

### 1.2. Araştırmanın Amaç ve Alt Amaçları

Bu çalışmanın amacı, hemodiyaliz hastalarının psikososyal boyutlarıyla kapsamlı bir şekilde aile değerlendirmelerini yapmak ve aile danışmanlığına olan gereksinim durumlarını ortaya çıkarmaktır. Bu amaç doğrultusunda Konya il merkezinde faaliyette bulunan biri kamu diğeri özel sektöre ait iki hemodiyaliz ünitesinde tedavi görmekte olan hastalara Anket Formu ve Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

Araştırmanın alt amaçları aşağıda hipotezler şeklinde belirlemiştir:

**H1:** Hemodiyaliz hastalarının cinsiyetleri ile aile değerlendirme puanları ve aile değerlendirme ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır.

**H2:** Hemodiyaliz hastalarının yaşları ile aile değerlendirme puanları ve aile değerlendirme ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır.

**H3:** Hemodiyaliz hastalarının eğitim durumları ile aile değerlendirme puanları ve aile değerlendirme ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır.

**H4:** Hemodiyaliz hastalarının medeni durumları ile aile değerlendirme puanları ve aile değerlendirme ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır.

**H5:** Hemodiyaliz hastalarının çocuk sahibi olma durumu ile aile değerlendirme puanları ve aile değerlendirme ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır.

**H6:** Hemodiyaliz hastalarının çalışma durumları ile aile değerlendirme puanları ve aile değerlendirme ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır.

**H7:** Hemodiyaliz hastalarının ortalama aylık gelirleri ile aile değerlendirme puanları ve aile değerlendirme ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır.

**H8:** Hemodiyaliz hastalarının hemodiyaliz tedavisi alma süreleri ile aile değerlendirme puanları ve aile değerlendirme ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır.

**H9:** Hemodiyaliz hastalarının haftalık hemodiyaliz seans sayısı ile aile değerlendirme puanları ve aile değerlendirme ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır.

**H10:** Hemodiyaliz hastalarının hemodiyaliz hastalığı dışında bedensel ve/veya ruhsal herhangi bir hastalığının olma durumu ile aile değerlendirme puanları ve aile değerlendirme ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır.

**H11** Hemodiyaliz hastalarının aile danışmanlığı hizmeti isteme durumu ile aile değerlendirme puanları ve aile değerlendirme ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır.

**H12:** Hemodiyaliz hastalarının geleceğe ilişkin bakışı ile aile değerlendirme puanları ve aile değerlendirme ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık vardır.

### 1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkarak kısa zamanda tüm dünyayı etkisi altına alan Covid- 19 salgını sebebiyle 11 Mart 2020 tarihinde DSÖ, 'pandemi' ilan etmiştir (WHO, 2020). Araştırmanın veri toplama süreci olarak öngörülen zaman aralığının Şubat-Temmuz 2020 olarak belirlenmesine karşın, Türkiye'deki ilk COVID-19 vakasının Mart ayı itibarıyla baş göstermesi ve ülke genelinde ancak 1 Haziran 2020 tarihinde normalleşme sürecinin başlatılması araştırmanın veri toplama sürecini zorlaştırmıştır. Pandeminin ortaya çıkmasıyla birlikte araştırmanın çalışma evreni zorunlu olarak; Konya ilinde faaliyet gösteren bir devlet ve bir özel olmak üzere toplam iki hemodiyaliz ünitesinde tedavi görmekte olan hastalar ile sınırlandırılmıştır.
- Çalışma için seçilen örneklem; araştırmaya dahil olma kriterleri (bkz. Yöntem bölümü) ile sınırlıdır.

- Araştırma kapsamına alınan hemodiyaliz hastalarının aile değerlendirme konusu, araştırmanın veri toplama araçlarından biri olan "Aile Değerlendirme Ölçeği"nin içerdiği maddeler ve alt boyutlarıyla sınırlıdır.
- Literatür incelendiğinde özellikle yerli literatürde "hemodiyaliz hastalarının aile değerlendirmesi" ve "hemodiyaliz hastalarının aile danışmanlığı gereksinimine" ilişkin çalışmaların oldukça az sayıda yapıldığı görülmüştür. Dolayısıyla bu çalışmadan elde edilen bulguların yapılmış diğer çalışmalarla tartışılabilmesi için, "hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi", "hemodiyaliz hastalarında doyum", "hemodiyaliz hastalarının geleceğe ilişkin kaygı durumu" gibi konuları ele alan çalışmalar da kıyaslamaya dahil edilmiştir. Bu durum, çalışmayı önemli ölçüde sınırlandırmıştır.

## 1.4. Araştırmanın Varsayımları

- Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının araştırmanın amacına ulaşabilmesi için uygun olduğu varsayılmaktadır.
- Araştırmaya katılan kişilerin, uygulanan anket ve ölçek sorularını objektif bir şekilde, içtenlikle ve doğru bir şekilde yanıtladıkları varsayılmıştır.
- Hemodiyaliz hastalarının yaşamakta olduğu beden sağlık sorunu, sosyo-ekonomik sorunlar, ruh sağlığı sorunları ve cinsel sorunların birbiriyle ilintili olduğu ve bu sorunların en büyük yansımasının görüldüğü kişilerin aile üyeleri olduğu varsayılmaktadır.

## 1.5. Tanımlar

### 1.5.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

Farklı etiyolojilere bağlı olarak meydana gelen ve kişinin yaşamını tehdit eden, ilerleyici nefron kaybı sonucunda böbrek işlevselliğinde ortaya çıkan geri dönüşü olmaksızın böbreklerde kalıcı ve ilerleyici bir bozulma halini ifade eder.

### 1.5.2. Hemodiyaliz

Kronik böbrek yetmezliğine sahip hastaların yaşamlarına devam edebilmeleri için ihtiyaç duydukları ve genellikle günde 3 kez 4'er saat aldıkları bir Renal Replasman Tedavisi (RRT) biçimidir.

### 1.5.3. Aile Değerlendirme

Araştırmaya dahil olan hemodiyaliz hastalarının ailelerinin; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler boyutları ile değerlendirilmesini ifade eder.

### 1.5.4. Aile Danışmanlığı

Ailenin yapısı ve işlevlerine yönelik ortaya çıkan psikososyal ve cinsel içerikli sorunların çözümü ve ihtiyaçların karşılanmasına ilişkin ailelere yardım ve destek olma amacıyla profesyoneller tarafından gerçekleştirilen bir danışmanlık hizmetini ifade etmektedir.

# 2. KURAMSAL ÇERÇEVE

## 2.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ

Kronik hastalıklar; ölüm tehdidi oluşturan, genellikle yavaş ilerleyen ve iyileşme göstermeyen, birden fazla risk faktörünün sebep olabileceği ve kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen 3 ay ve daha uzun süren hastalıklardır (Yalçın ve Akpolat, s. 1; Özcanarslan, 2017, s. 366- 367; Durna, 2012, s. 1). Bu hastalıklar vücutta geri dönüşümü olmayan birtakım bozukluklara sebep olmakta ve genellikle tam olarak tedavi edilmesi mümkün olmamaktadır (Köken, Hayırlıdağ ve Büken, 2018, s.93; Enç ve Öz Alkan, 2014, s. 236; Türkmen, 2012, s. 37). Bununla birlikte hayatta kalanlarda, bazı fiziksel ve zihinsel kısıtlamalar ortaya çıkabilmektedir (Morsch, Thomé, Balbinotto, Guimarães ve Barros, 2011, s. 950). İyileşmenin tamamen gerçekleşmediği ya da sınırlı bir iyileşmenin gerçekleştiği kronik hastalıklar için günümüzde çeşitli tedavi yöntemleri uygulanarak kişilerin yaşam sürelerinin uzatılması mümkün hale gelmiştir (Tünerir, 2019, s.2).

Kronik hastalıkların en önemlilerinden biri olan kronik böbrek yetmezliği (KBY), ilerleyici nefron kaybı sonucunda böbreğin işlevlerini yerine getirememesiyle birlikte ortaya çıkan ve glomerül filtrasyon hızının (GFR) azalması ve üremik semptomların birikmesiyle oluşan bir hastalıktır (Sezen ve Arslan 2014, 121; Gökdoğan, 2015a, s. 17-18). Üremi; tüm sistemi etkileyen, kronik böbrek yetersizliğinin sebep olduğu klinik bir tabloyu ifade eder ve pek çok kaynakta kronik böbrek hastalıkları ile eş anlamda kullanılmaktadır (Yalçın ve Akpolat, s. 1; Küçükünal, Altunay, Salman, ve Atış, 2015, s. 23, 25).

Her bir böbrekte yaklaşık 1 milyon nefron bulunmaktadır ve bu nefron sayısında oluşan azalma üreyi çoğaltmakta, zararlı atık maddelerin süzülerek dışarı atılması işlemini ise azaltmaktadır. Bu duruma bağlı olarak meydana gelen hastalık, hastanın fiziksel yetilerinde önemli değişiklikleri beraberinde getirmektedir. Böbreklerin süzme fonksiyonu ise glomürer filtrasyon hızı (GFR) ile değerlendirilir (Masaroğulları, 2014, s. 7-8; Süleymanlar, 2007, s. 3).

KBY'nin ne kadar ciddi bir boyut kazandığını değerlendirmek için böbreğin süzme fonksiyonu incelenir ve buna göre hastalık 5 evreye ayrılır (Masaroğulları, 2014, s.7-8). Hastalığın ilk evresinde GFR 90 ml/dk'nın üzerindedir ve böbrek fonksiyonlarında

bozulmalar başlamıştır. Evre 2'de GFR, 60-90 ml/dk arasındadır ve böbrek hasarı yavaş yavaş gelişmektedir. Evre 3'te GFR, 30-60 ml/dk arasındadır ve böbrekte orta derecede hasar oluşmuştur. Evre 4'te GFR, 15-30 ml/dk arasındadır ve ağır bir böbrek hasarı vardır. GFR 15ml/dk'nın altında olan son evre ise, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olarak kabul edilir. Bu dönemde şiddetli üremi görülmesi ve böbrek fonksiyonlarının vücudun ihtiyacını karşılamada yetersiz olması sebebiyle hastanın yaşamına devam edebilmesi için Renal Replasman Tedavisi (RRT) olarak ifade edilen diyaliz ya da böbrek nakline ihtiyaç duyulur (Süleymanlar, 2007, s. 1-2; Masaroğulları, 2014, s.8).

### 2.1.1. Etiyoloji

Kronik böbrek yetmezliği, böbreklerin fonksiyonunu bozabilen herhangi bir sebeple ortaya çıkabilmektedir (Gökdoğan, 2015b, s 70). Bu hastalığın gelişme riskini ortaya çıkartan en önemli etkenler diyabet ve hipertansiyondur (Masaroğulları, 2014, s.9). Nitekim tip 2 diyabet ve hipertansiyonun varlığında ortaya çıkan ve ilerleyen metabolik sendromlar böbrek hasarına yol açmaktadır (Gökdoğan, 2015b, s 70). Bununla birlikte primer glomerülonefrit, böbreğin kistik yapısı, konjenital, herediter hastalıkları, amiloidoz sekonder glomerülonefrit/vaskülit, malignensi, interstisiyel nefrit/piyelonefrit,renal arter darlığı, nefrolitiyazis/obstrüktif nefropati ve idiopatik nedenler (nedeni bilinmeyenler) de diğer etiyolojik faktörler olarak sıralanabilir (Saatcioglu Yıldız, Gökçe ve Tomruk, 2010; Sezen ve Arslan, 2014, s. 119- 121; Karacaoğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014, s.15).

### 2.1.2. Epidemiyoloji

Günümüzde tüm dünyada giderek artan bir sorun olan KBY, Türkiye'de de hızla büyüyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Yürügen, 2015a, s.1). Nitekim Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından 1990 yılından beri düzenli olarak yayımlanmakta olan ve söz konusu hastalığa ilişkin ülkedeki epidemiyolojik durumun yıllar içerisindeki değişimini gösteren raporlar, hastalık oranında gün geçtikçe bir artışın olduğuna işaret etmektedir.

2018 yıl sonu raporlarına göre son yıllarda ortaya çıkan verilerdeki artış hızında bir azalma söz konusu olmasına karşılık prevalans yıllar içinde kararlı bir artış içindedir. Bu verilere göre nüfusu 82.003.882 olan Türkiye'de toplam 81.055 kişi, kronik

hemodiyaliz/periton diyalizi programında veya fonksiyonel greftle izlenmekte olan çocuk hastalar da dahil tüm hastaların sayısını ifade etmektedir. Bu hastaların % 21.24'ü (17.220 kişi) transplantasyon, %3.94'ü (3.192 kişi) periton diyalizi ve % 74.82'si (60.643 kişi) ise hemodiyaliz hastasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı [SB] ve Türk Nefroloji Derneği [TND] Ortak Raporu, 2019).

Son verilere göre hemodiyaliz uygulanan toplam merkez sayısı 882, periton diyalizi uygulanan toplam merkez sayısı 139, transplantasyon uygulanan toplam merkez sayısı ise 83'tür. Bu merkezlerden %22.89'u Sağlık Bakanlığı'na bağlı, % 40.96'sı üniversitelere bağlı, %36.15'i ise özel merkezlerdir (SB ve TND Ortak Raporu, 2019).

2018 yılı sonu itibarıyla hemodiyaliz hastalarının coğrafik bölgelere göre dağılımı incelendiğinde ise hastaların %30.21'i (18.322 kişi) Marmara, %15.62'si (9.473 kişi) Ege, %14.00'ü (8.492 kişi) Akdeniz, %17.72'si (10.748 kişi) İç Anadolu, % 11.24'ü (6.817 kişi) Karadeniz, %4.53'ü (2.748 kişi) Doğu Anadolu ve % 6.67'si (4.043 kişi) Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde bulunduğu görülmektedir (SB ve TND Ortak Raporu, 2019).

### 2.1.3. Tedavi

Kronik böbrek yetmezliğinde hastanın yıllar içerisinde ilerleyen böbrek işlevselliğinin giderek azalması sonucu ağır bir klinik tablo ortaya çıkmaktadır. Konservatif tedavilerin bu süreçte yeterli olmaması sebebiyle böbrek işlevlerinin kısmen yerine geçebilen Renal Replasman Tedavisi olarak bilinen ve hastaların hayatını sürdürebilmesi için gerekli olan diyaliz ya da transplantasyon ile tedavi biçimleri gündeme gelmektedir. Transplantasyon, böbrek naklini ifade ederken diyaliz tedavisi denildiğinde periton diyalizi ve hemodiyaliz kastedilmektedir (Sezen ve Arslan, 2014, s. 126; Karacaoğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014 s. 18). Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tamamen tedavi edilebilir bir hastalık olmayıp hastanın böbrek nakli olmadığı sürece ömür boyu diyaliz tedavisi almasını gerektirir (Suh, Jung, Kim, Park ve Yang, 2002, s. 337-345).

Diyaliz tedavisi, makinenin zedelenmiş böbreklerin iyileşme gerçekleşeceği kadar böbrek işlevselliğinin kısmen yerine geçmesini sağlayan bir tedavi şeklidir. Diyalize ne zaman başlanması gerektiği hususunda kesin kurallar bulunmayıp bu kararı hasta bazında değerlendirmek daha uygun olmaktadır (Dursun, 2011, s. 81). Yaşam kurtarıcı bir tedavi

olan diyaliz, bir kan temizleme yöntemi olarak bilinir. Hemodiyaliz tedavisinde yapay bir zar (koil) kullanılırken periton diyalizi tedavisinde karın boşluğunu örten periton zarı aracılığıyla kan temizlenmektedir (Sifil, 2011, s. 99; Gökdoğan, 2015d, s. 108).

KBY yönetimi, hipertansiyon veya diyabet gibi hastalığın altta yatan sebeplerini tedavi etmeye, böbrek hasarının ilerlemesini yavaşlatmaya ve böbreklerin rolünü alternatif tedavilerle yerine koymaya dayanan karmaşık bir süreçtir (Picariello, Hudson, Moss-Morris, Macdougall ve Chilcot, 2017, 197-200). Diyaliz, üremiyi tam manasıyla düzeltmese de üremik sendromdan sorumlu pek çok toksini uzaklaştırdığı için yaşam süresinin uzamasını sağlayan önemli bir tedavi sistemidir (Churchil, 2006). Bu doğrultuda tedavinin amaçları; KBY gelişimini engellemek veya yavaşlatmak, GFR düzeyine göre kullanılması gereken ilaç dozlarını ayarlamak, böbrek yetmezliğinin komplikasyonlarını ve böbreğin geri kazanılabilir fonksiyonlarını tedavi etmek, diyaliz veya böbrek nakli tedavisinin gerekliliği durumunda hastayı zamanında hazırlamak olarak sıralanabilir (Masaroğullar, 2014, s.17).

#### 2.1.3.1. Böbrek Nakli (Transplantasyon)

Yaşam süresini artırma, hastayı özgür ve üretken kılma, yaşam kalitesini artırma ve maliyet göz önüne alındığında kronik böbrek yetmezliği tedavileri arasında böbrek nakli en uygun tedavi seçeneği olarak görünmektedir. Fakat organ kaynaklarındaki kısıtlılık, bu tedavi biçiminin yaygınlaştırılmasının önünde engel teşkil etmektedir (Ok, 2008, s. 113-114; Tellioğlu, 2014). Bununla birlikte transplantasyonun bazı hastalar için en iyi tedavi seçeneği olmayabileceği de bilinmelidir (Gökdoğan, 2015c, s.133).

Canlı ve kadavra olmak üzere iki şekilde nakil yapılabilir. Canlı olarak yapılan nakillerde hem verici hem de alıcı detaylı bir biçimde incelenir, sorun olmaması halinde uygun bir zamanda nakil gerçekleştirilir. Kadavradan gerçekleştirilen nakillerin başarısı canlıdan yapılanlar ile kıyaslandığında, ilaçlar sayesinde artık canlıdan yapılanlara yaklaştığını söylemek mümkündür (Tanrısev, 2014). Son verilere göre 2018 yılı içerisinde en fazla nakil 20-44 yaş arası hastalarda yapılmakla birlikte, canlı vericilerin % 35'inin 1. dereceden akraba, %22'sinin eş, %19'unun 2. dereceden akraba, %9'unun akraba dışı, %6'sının çapraz nakil, %4'ünün 3. dereceden akraba ve %2'sinin 4. dereceden akrabadan oluşmaktadır (SB ve TND Ortak Raporu, 2019). Kadavradan yapılan nakillerde ise

hastalar nakil listesine dahil edilir, ameliyata engel hali bulunmayıp kan grubu ve doku uyumu en uygun kişi ise alıcı olarak belirlenmesiyle yapılmaktadır (Tanrısev, 2014). Ülkemiz canlı nakil sayısı bakımından dünyada birçok ölçüte göre en üst sıralara gelmiştir. Kadavradan nakil oranı ise maalesef çok düşüktür (TND, 2018).

Nakil sonrasında hastalarda duygusal farklılıklar olabilmektedir. Bu durumda zevkli uğraşılara yönelerek bir hobi edinilmesi önerilmektedir. Bununla birlikte hasta, zamanla sosyal işlevselliğini geri kazanır ve nakilden 1 ay sonra araba sürebilir, 3 ay sonra ise işe devam edebilir. Transplantasyonun hastayı fonksiyonel kılmadaki başarısı, böbrek bulunması halinde hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarının da nakil yolunu tercih etmelerine sebep olmaktadır (Tanrısev, 2014) Nitekim TND' ye göre, nakil öncesi RRT tipinin %39'unun premptive, %6'sının periton diyaliz, %55'inin ise hemodiyaliz olduğu bilinmektedir (TND, 2018).

#### 2.1.3.2. Periton Diyalizi

Periton diyalizi, hastanın kendisi tarafından karından uygulanan bir tedavi şekli olarak tanımlanabilir (Karacaoğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014, s. 19). Periton diyalizi yapabilmek için bir operasyonla karın boşluğuna plastik bir kateter yerleştirilir. Bu operasyon üç şekilde gerçekleşebilir. İlki, kapalı yöntem olup lokal anestezi ile karında küçük bir delik açılması işlemidir. Bir diğeri, açık cerrahi yöntem ile kateter yerleştirilmesidir. Üçüncü yöntem ise laparoskopik yöntem yardımıyla kateter yerleştirilmesi işlemidir (Oygar, 2014, s.35-36). Periton diyalizin, sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) ve aletli periton diyalizi (APD) olmak üzere iki tip uygulaması vardır (Yavaş Çelik, 2017, s. 21-23).

SAPD, belli bir eğitim aldıktan sonra hastanın kendisi tarafından manüel olarak evde yapabildiği periton diyalizi tipidir. Bu tedavinin uygulanabilmesi için hastanın karnının uygun olması, daha önce büyük karın ameliyatı geçirmemiş olması, el ve görme becerisine sahip olması gibi birtakım koşulları yerine getirmesi beklenir (Sifil, 2008, s. 107). Tedavi, hastalığın derecesine göre 1.5- 3.0 litre arası volümde sıvılar ile genellikle günde 4 değişim ile uygulanmakta ve yaklaşık 20 dk sürmektedir (Yavaş Çelik, 2017, s. 23-24; Sifil, 2008, s. 108). APD ise cihaz aracılığıyla gerçekleşmekte ve genellikle gece kullanılmaktadır. Bu tedavi biçiminde hasta yatmadan önce solüsyon ve set torbaları

cihaza yerleştirilmektedir. Hasta uyurken gece boyunca (8-10 saat), belirlenen programa uygun olarak cihazın karın boşluğuna periton diyalizi solüsyonu verilerek tedavi tamamlanmaktadır (Oygar, 2014, s.36-37).

2018 yılı içinde ilk RRT olarak periton diyalizine başlayan toplam 886 hastanın periton diyalizi tipine göre dağılımı; %75.51 (669 kişi) SAPD, %24.49 (217 kişi) APD şeklindedir (TND, 2018). 2008 yılında zirve noktasına ulaşan periton diyalizi uygulaması bu yıldan sonra bir düşüş yaşamış olup 10 yıldır net bir trend oluşmuştur. Amerika Birleşik Devletleri Böbrek Veri Sistemi (USDRS) verilerine göre dünya genelinde diyaliz tipine göre yapılan tercihler hemodiyaliz lehinedir. Ülkemiz periton diyalizi kullanım oranı açısından az kullanan ülkelere doğru yaklaşmaktadır (SB ve TND Ortak Raporu, 2019).

#### 2.1.3.3. Hemodiyaliz

Kronik böbrek yetmezliğinde en çok kullanılan tedavi yöntemi olan ve yapay böbrek ya da makine diyalizi olarak da adlandırılan hemodiyaliz kısaca, hastanın damar yolu açılarak kanın bir makine aracılığıyla vücudun dışında, yarı geçirgen bir zar boyunca temizlenmesi ve temizlenen kanın tekrar hastaya verilmesi işlemidir (Sezdi ve Benli, 2016; Capua, 2014).

Türk Nefroloji tarihinde hemodiyaliz tedavisinin gelişmesi 1950'li yıllara dayanmaktadır. İlk kullanım 1965 yılında gerçekleşirken, hemodiyaliz hastalarındaki kullanımı 1970'li yıllarda başlamıştır. Günümüzde ise devlet hastaneleri başta olmak üzere özel diyaliz merkezleri ve üniversitelerde başarılı bir şekilde uygulanmaya devam etmektedir (Yürügen, 2015b, s. 122; Özgeç, 2014, s.6-7; Yürügen, 2015a, s. 2-3). Nitekim hemodiyaliz, ülkemizde de uygulanan RRT yöntemleri arasında en sık gerçekleştirilen tedavi yöntemidir (TND, 2018).

Son verilerine göre 2018 yılı içinde ilk tedavi olarak hemodiyalize başlayan hastaların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde hemodiyaliz hastalarının yaklaşık %58'i erkek hastaları, %42'si ise kadın hastaları içermektedir. Hemodiyaliz hastalarının yaşa göre dağılımları ise; %0, 92'si 0-19 yaş grubunda, % 10'u 20-44 yaş grubunda, %34,87'si 45-65 yaş grubunda, %28.40'ı 65-74 yaş grubunda ve % 25,81'i 75 yaş ve üzeri şeklindedir (SB ve TND Ortak Raporu, 2019).

Kronik hemodiyaliz uygulaması, 1960'lı yıllarda haftada bir kez uygulanırken daha sonraki yıllarda uygulama sayısı ikiye, sonra ise üçe çıkartılmıştır. Üç sayısının yeterli olduğu düşünüldüğünden uzun yıllar bu sayıda sabit kalınmıştır (Sezen ve Arslan, 2014, s.135). Nitekim günümüzdeki hemodiyaliz tedavi süresinin de genellikle, haftada en az 3 gün, her tedavinin ise en az 4 saat sürdüğü belirtilmektedir. Bununla birlikte gerek tedavinin sıklığı gerekse süresinin hastanın ihtiyacı doğrultusunda belirlenmesi gerekmektedir (Oygar, 2014). Güncel veriler incelendiğinde ülkemizdeki hemodiyaliz hastalarının yaklaşık %1'i haftada 1 kez, %10'u haftada 2 kez, %88 gibi büyük bir çoğunluğu haftada 3 kez, %1'i ise 3'den fazla makineye bağlanmaktadır. Diyaliz süresine göre dağılımı incelendiğinde ise hemodiyaliz hastalarının % 15.54'ü 1 yıldan az, %49.25'i 1-5 yıl arası, %21.61'i 6-10 yıl arasında, %78.33'ü 11-15 yıl arasında, %3.46'sı 16-20 yıl arasında ve %1.81'i 20 yıldan fazla süredir hemodiyaliz tedavisi aldığı görülmektedir (SB ve TND Ortak Raporu, 2019).

2.1.3.3.2. Hemodiyaliz Çeşitleri

Tıbbi anlamda hastaya akut ya da kronik hemodiyaliz tanısı konulduğunda rutinde standart hemodiyaliz anlaşılmaktadır. Fakat hastanın durumuna göre dünyada uygulanan farklı hemodiyaliz çeşitleri de vardır. Bu hemodiyaliz çeşitleri; standart hemodiyaliz, kısa günlük hemodiyaliz, gece uzun hemodiyaliz ve ev hemodiyalizidir (Sezen ve Arslan, 2014, s. 135-139).

Standart Hemodiyalizde hastanın eşlik eden hastalıkları, genel klinik durumu gibi özelliklerine göre haftada 2 ya da 3 kez olmak üzere 4 saat diyaliz tedavisi uygulanmaktadır. Diğer hemodiyaliz tedavi seçenekleri, haftada standart olarak 3 kez 4 saat hemodiyalizden daha fazlasına ilgi duyulması sebebiyle geliştirilmiştir (Sezen ve Arslan, 2014, s. 135). Dolayısıyla hemodiyaliz etkinliği haftada yapılan 3 seans yerine gece ev diyalizi, uzun gece hemodiyalizi veya kısa günlük diyaliz ile arttırılabilir (Conkar ve Mir, 2014, s. 180).

Hemodiyaliz hastalarında günümüzde mortalite ve morbidite oranının hala yüksek olduğu görülmektedir. Bu kötü tabloyu düzeltme konusunda hastalara daha uzun süreli diyaliz tedavisi sunulma gerekliliğine inanılmaktadır. Bu amaca ise diyaliz süresi ya da sayısı artırılarak ulaşılabilir. Kısa günlük hemodiyaliz tedavisi de bu mantıktan hareketle ortaya

çıkmıştır (Yılmaz, Kaptanoğulları, Koçak Yücel ve Akalın Özgevrek, 2012, s. 57). Kısa günlük hemodiyaliz tedavisinde 6 gün sıklıkla 1,5-3 saat süreyle hemodiyaliz verilmektedir. Ülkemizde sadece hastanede yatış sürecindeki kişilerde ve hamile hastalarda uygulanmaktadır (Sezen ve Arslan, 2014, s. 136).

Gece uzun hemodiyaliz denildiğinde haftada 3 gün ve her gün için 8 saat uygulanan hemodiyaliz akla gelmektedir. Ev hemodiyalizi de gece uzun hemodiyaliz uygulaması ile benzerlik göstermekte ve gün aşırı olarak 8 saat verildiğinde gece uzun hemodiyaliz ile aynı sonuçları vermektedir (Turgutalp ve Kıykım, 2013, s. 9-11; Sezen ve Arslan, 2014, s. 136-137). Ev hemodiyalizinin evde uygulanmasıyla mortaliteyi azaldığı, hastanın bağımsızlaştığı, anemi, fosfor ve kan basıncı kontrolünün sağlandığı ve yaşam kalitesinin arttığına yönelik bulgular bilinmektedir (Kaban, 2014, s.145; Sezen ve Arslan, 2014, s. 136-137; Soyaltın, Yavaşcan, Alparslan, Arslansoyu Çamlar, Alaygut, Öncel, Mutlubaş ve Kasap Demir, 2018, s. 96). Dünyada 1960'lı yıllarda kullanılmaya başlayan ev hemodiyalizi ülkemizde de 2010 yılında başlatılmıştır (Kara, 2016, s. 17; Sezen ve Arslan, 2014, s. 136-137). Fakat ev hemodiyalizinin bu avantajlarına rağmen yaygınlaştırılmasının önünde birtakım engeller bulunmaktadır (Tenekeci ve Kara, 2016, s. 73; Haroon ve Davenport, 2018, s. 327-339). Bu engeller arasında; hasta güvenliği, ailelerde ortaya çıkan stres durumu, maliyet, hasta, yakınları ve sağlık personelinin algı ve tutumları gibi etkenler sıralanabilmektedir (Delano,1977, 465; Sezen ve Arslan, 2014, s. 136-137; Tenekeci ve Kara, 2016, s. 73).

2.1.3.3.2. Hemodiyaliz İşlemi

Hemodiyaliz işlemi diyaliz öncesi hazırlıktan sonlandırılmaya kadar; hemodiyaliz cihazının hazırlığı, hastanın cihaza bağlanması, hemodiyaliz sırasında hasta takibi ve hastayı hemodiyaliz cihazından çıkarma olmak üzere dört ana aşamayı içerir (Yalçın ve Erdoğan, 2014, s. 207).

Hemodiyaliz ünitesine gelen hastanın nabzı, yaşam bulguları solunumu, ateşi, kan basıncı ölçülür ve çekilmesi gereken sıvı hesaplanır. Hasta, kilo kontrolü için tartılır. Çünkü iki diyaliz arasında hastanın 1.5 kg.dan fazla kilo almaması gerekmektedir. Bununla birlikte diyaliz öncesinde, diyaliz cihazı da hazırlanarak diyalizör, diyalizat ve dezenfeksiyon,

yıkama işlemleri tamamlandıktan sonra işleme başlanılmalıdır (Yürügen, 2015b, s. 129; Yalçın ve Erdoğan, 2014, s. 207-212).

Böbrek yetmezliği sebebiyle vücutta biriken zararlı madde ve su, diyaliz makinesi aracılığı ile kandan uzaklaştırılır. Bu makinenin üzerine özel bir filtre bağlanır ve kan bu filtreden geçerek temizlenir. Vücuttan bir damar giriş yoluna iğne ile girilerek alınır ve diyaliz aracılığı ile temizlendikten sonra bir başka iğne ile yine damara verilir. Bu işlem için öncelikle damaryolu gereklidir (Oygar, 2014; Odabaşı, Eren, Başel, Aydın ve Ekim, 2010, s. 39).

Damaryolu operasyonu, hemodiyaliz tedavisinin gerçekleştirilebilmesi için kanın makineye teminini sağlayan sistemleri ifade etmektedir. Damaryolu bu özelliğiyle hemodiyaliz tedavilerinin anahtarı olarak kabul edilir. Nitekim damaryolu sağlanamayan kişiler kısa sürede hayatlarını kaybetmektedir (Kösem, 2014, s. 230; Dalgıç ve Ekici, 2006, s. 13-16).

Hemodiyaliz işlemi esnasında hasta fizyolojik değişiklikler bakımından takip edilmektedir. Vücut ısısı, kan basıncı, ultrafiltrasyon miktarı, kan akım hızı, nabız solunum, alter basıncı, kanam ve pıhtılaşma zamanı, diyalizat akım hızı gibi bütün monitörler sağlık personelince dikkatlice izlenmektedir (Yürügen, 2015b, s. 130).

Hemodiyaliz işlemi istenilen sürede gerçekleşip tamamlandığında hemodiyaliz cihazı görsel ve işitsel uyarı verir. Tedavi sonrası vital bulgular alınarak hasta tartılır. Kan basıncı ölçülür, kusma, bulantı, baş ağrısı, halsizlik gibi belirtiler yoksa hasta ayağa kaldırılır. Elde edilen bulgular değerlendirilir ve değerlendirme sonrasında herhangi bir sorun bulunmaması halinde hastanın merkezden ayrılmasın izin verilir (Yürügen, 2015b, s. 130; Yalçın ve Erdoğan, 2014, s. 217).

#### 2.1.3.3.3. Hemodiyalizin Avantaj ve Dezavantajları

KBY tedavisinde, Hemodiyaliz tedavisi diğer diyaliz türü olan periton diyalizine kıyasla daha fazla uygulanan bir tedavi şeklidir. Türk Nefroloji Derneği'nin (2019) son verilerine göre hastaların %21.24'ü (17.220 kişi) transplantasyon, %3.94'ü (3.192 kişi) periton diyalizi ve %74.82'si (60.643 kişi) ise hemodiyaliz tedavisi aldığı bilinmektedir. Nitekim hemodiyalizin fazla tercih edilmesi diyaliz hastası denilince ilk hemodiyaliz hastasını akıllara getirebilmekte ve bazen diyaliz ünitesi denilince hemodiyaliz üniteleri

kastedilebilmektedir. Hemodiyalizin yaygın olarak bilinmesine ve kullanılmasına karşın bazı hasta profillerinde periton diyalizi uygulanması daha uygun görülmektedir. Bu hastalar; 0-5 yaş çocuklar, hemodiyaliz için damar yolu sorunu yaşayan hastalar, hemodiyaliz merkezine uzak konumda olup ev hemodiyaliz de yapamayan hastalar, kendi isteği ile periton diyalizi tedavisini tercih eden hastalar olarak sayılabilir (Sezen ve Arslan, 2014, s. 131).

Hemodiyaliz tedavisinin avantajları olarak; atık maddeleri vücuttan hızlı bir şekilde uzaklaştırması, her merkezde uygulanabilmesi, tedavi seansı sırasında hastanın diğer hastalarla ilişki ve iletişim kurabilmesi, hastanın mobilizasyon kolaylığı, hergün uygulanmayıp haftada iki veya üç kez tekrarlanması, diyaliz makinelerinin flexibilitesi, malnütrisyon ile daha az karşılaşılması, zehirlenmelerin daha hızlı tedavi olanağı, hastaneye yatma ihtiyacının daha az olması, filtre ve damaryolu sorunlarının daha az yaşanması ve karına ait komplikasyonlarla karşılaşılmaması gibi faktörler öne çıkmaktadır (Dursun, 2011, s. 82; Taşkapan ve Utaş, 2002, s.196; Değirmenci Saltürk, 2006, s. 15).

Hemodiyaliz tedavisinin avantajlarının yanı sıra tansiyon düşüklüğü, baş ağrısı, bulantı alerjik reaksiyonlar ve kaşıntı gibi bir takım istenmeyen sonuçları olabilir. Fakat bu durumlar kuru ağırlığının ayarlanması ve bazı ilaç tedavileri ile hekimler tarafından tedavi edilebilir. Ayrıca hastanın ruhsal sağlığı bozulabilir ve psikolojik destek alınması gerekebilir. Uzun vadede ise enfeksiyon hastalıkları, kalp ve damar hastalıkları ve nörolojik hastalıklar görülebilir. Bununla birlikte hemodiyaliz tedavisinin dezavantajarı genel olarak; fizyolojik işlemlerin sınırlı olması, fistül için minor cerrahi girişim gerekliliği, çeşitli gıda ve sıvı alınmasında kısıtlanmaların varlığı, sıvı uzaklaştırmanın sınırlı olması, tedavi sırasında iğne kullanılması, hemodinamik toleransın daha sınırlı olması ve her ne kadar hasta diyaliz sonrasında metabolik ve sıvı-elektolit değişime bağlı olarak kendini iyi hissetse de sonraki seansa kadar kişinin tekrar kötüleşmesi ve rahatsızlık hissinin ortaya çıkması olarak sıralanabilmektedir (Dursun, 2011, s. 82; Taşkapan ve Utaş, 2002, s.196; Değirmenci Saltürk, 2006, s. 15).

## 2.2. HEMODİYALİZ HASTALARININ KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR

Her kronik hastalıkta olduğu gibi böbrek yetmezliği de uzun süre devam edip kötüye gitme ihtimali olan bir hastalık durumunu ifade etmektedir. Bu hastalık durumu, her biri biyopsikososyal bir varlık olan hastaların hayatlarını fiziksel, psikolojik, ruhsal,bilişsel ve sosyal pek çok yönden etkileyerek bedensel, ruhsal, sosyo-ekonomik ve cinsel sorunlar gibi farklı boyutlarda sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir.

### 2.2.1. Beden Sağlığı Sorunları

Kronik böbrek yetmezliği erken dönemlerinde hafif, ilerleyen dönemlerde ise daha belirgin olmak üzere birtakım şikâyetleri beraberinde getirmektedir. Bu şikayetlerden bazıları; uyku bozukluğu, halsizlik, yorgunluk, bellek kaybı, iştahsızlık, konsantrasyon bozukluğu, ciltte kuruluk ve kaşıntı, göz çevresinde ve bacaklarda şişlik, geceleri idrara sık çıkma gibi sorunlardır (Afsar ve Elsurer, 2015, s. 957-960; Masaroğulları, 2014; Ovayolu, 2017, s. 297-301). Bununla birlikte kramplar, baş, sırt ve göğüs ağrıları, aktivite intoleransı, kaşıntı, cinsellikle ilgili sorunlar, baş dönmesi, sersemlik, bulantı-kusma, diyare, kan basıncı değişiklikleri, hıçkırık, ağız kuruluğu, öksürme, elektrolit dengesizlikler, hava embolisi, saç dökülmesi ve beden imajında değişiklikler gibi fiziksel sorunlar da hemodiyaliz tedavisinde yaşanan diğer sorunlar olarak görülmektedir (Picariello vd, 2017, 197-200; Karacaoğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014, s.28; Akgöz ve Arslan, 2017, s. 19, Gökdoğan, 2015e, s. 28). Ayrıca hemodiyaliz tedavisi bir hayat kurtarıcı tedavi yöntemi olarak kabul edilmesine karşın hastalarda bazı akut ve kronik hastalıkların ortaya çıkmasına da neden olabilmektedir (Karacaoğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014, s. 25).

### 2.2.2. Ruh Sağlığı Sorunları

Fiziksel hastalıkların çoğunda duygusal, davranışsal, bilişsel ve kişilerarası tepkiler gelişmektedir. Psikopatolojik tepkiler, hastalığın şiddetini ve seyrini etkilemektedir. Bununla birlikte; açık kalp ameliyatı, grafik uygulamaları, organ nakli, yoğun bakım, hemodiyaliz gibi hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaç ve ileri düzey tedavi yöntemlerinin de psikiyatrik yan etkileri ve komplikasyonları vardır. Kronik hastalığı olan kişilerde bu durumlar daha sık yaşanabilmektedir (Bahar, 2017, s. 386). Psikoloji,

kronik hastalığın yalnızca bir sonucu olmayıp hastalık üzerinde çok karmaşık bir etkiye sahiptir. Hastalığın başlangıcından seyir, baş etme ve sonuca kadar hastalığın bir parçası olarak görülür (Ogden, 2016, s 370). Nitekim KBY hastalarında meydana gelen depresyon, anksiyete gibi ruh belirti ve bozukluklarının hastaların yaşam kalitesini azaltıcı önemli bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir (Atik, 2017, s. 425).

Kronik hastalığı olan hastalarda öfke, üzüntü, sürekli ağlama durumu, çaresizlik, endişe, içe kapanma, ümitsizlik, depresyon, stres, sosyal izolasyon, aile ve iş yaşantısında meydana gelen rol kaybı, ölüm korkusu, öz güvende azalma, beden imajı değişikliği, bağımlı olma endişesi ve yaşam tarzında bozulma gibi psikososyal sorunlar belirebilmektedir (Özdemir ve Taşcı, 2013, s. 57; Göriş, 2017, s.36; Aştı, 2002, s. 479). Nitekim kronik hastalıklar arasında KBY grubu hastalarında yeti yitiminin fazla olduğu bilinmekte olup eğitimsiz ve ağır yeti yitimi yaşayan hastalarda depresyon riskinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Özdemir ve Taşcı, 2013, s. 62; Suh vd., s. 337-345). Bununla birlikte psikiyatrik hastalıkların da diğer kronik hastalıklar arasında KBY hastalarında sıkça görüldüğü bilinmektedir. Nitekim bu durumun hasta ve ailesinin hayatında sosyal ve ruhsal farklı sorunları da birlikte getirebildiği bilinmektedir (Yavuz, Yavuz ve Altunoğlu, 2012, s. 33-35; Hindistan, 2015, s. 348).

### 2.2.3. Sosyo-Ekonomik Sorunlar

Kronik böbrek yetmezliğinin bir getirisi olan ve hemoglobin konsantrasyonunun normal düzeyin altına düşmesi olarak tanımlanan anemi sebebiyle hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve üretkenlikleri önemli bir şekilde kısıtlanmaktadır (Yalçın ve Akpolat; Nalbant ve Karan, 2010). Buna bağlı olarak hastanın günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma meydana gelmektedir. Hastanın hayatının hemen hemen her alanında etkisini gösteren bu durum çalışma hayatını da olumsuz etkileyebilmektedir (Kaya Akı ve Demir Dikmen, 2012).

Hastaların yaklaşık 2/3'üne henüz kronik böbrek yetmezliği tanısı verilmeden önce işini kaybettiği bilinmektedir (Akpolat ve Utaş, 2001). Hemodiyaliz uygulanan KBY hastaları, her bir hemodiyaliz seansın yaklaşık haftada üç kez dört saat olması durumu sonucunda hemodiyaliz hastalarının çoğunun düzenli bir işe sahip olamamaktadır (Suh vd., 2002, s. 337-345). Hastanın fiziksel aktivitelerindeki sorunların yanı sıra kişinin çoğu zamanını

makineye bağımlı olarak geçirmesinden kaynaklı bir işte sürekli olarak çalışamama durumu ve toplum önyargılarından kaynaklı işverenlerin hastaya yönelik olumsuz tutumlarının da işsizliğe sebep olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca zorunlu emeklilik durumu da hastanın çalışma hayatını sonlandırabilmektedir.

Kronik hastalar ekonomik yükü olan hastalıklardır (Yeşil Demirci, 2017, s. 401-405; Akın, 2002, s. 9). Hemodiyaliz tedavisinin beraberinde ciddi maliyet yükü getirmesinin yanı sıra; hastalık süreciyle birlikte kişide beliren yorgunluk durumu ve kişinin sosyal işlevselliklerindeki azalma durumu da göz önünde bulundurulduğunda, hasta için ekonomik sorunlar belirmekte ve bu sorunlar hasta için en önemli sorunlar haline gelebilmektedir. Tüm hemodiyaliz hastaları farklı sebeplerle ortaya çıkan işsizlik olgusundan olumsuz etkilenmekle birlikte bu durumun, hastalıktan önce de ekonomik düzeyi düşük olan hastalar için daha da zorlayıcı olduğu araştırmalarla desteklenmektedir (Ritte, Lawton, Hughes, Barzi, Brown, Mills, Hoy, Q'Dea, Cass. ve Maple- Brown, 2017; Kısa, 2002, s. 27).

### 2.2.4. Cinsel Sorunlar

Cinsel işlev bozukluğu, psikofizyolojik farklılıklara bağlı olarak ortaya çıkan, her iki cinste meydana gelen cinsel cevap döngüsünde ve cinsel istekte bir bozukluk olması durumudur (Gereklioğlu, Başhan ve Akpınar, 2010; Karakoyunlu ve Öncel, 2009). Cinsel işlev bozukluğu hemodiyaliz hastalarında her iki cinste de sık görülen ve en önemli stresörlerden biri olarak kabul edilen önemli bir sorundur (Sağduyu, 2006; Yazıcı, Altıntepe, Güney, Yeksan, Atalay, Türk, Tonbul ve Selçuk, 2009, s. 360-364).

Hemodiyaliz süreciyle birlikte erkek hastalarda cinsel isteksizlik, libido azalması, sertleşme problemi ve cinsel ilişki sıklığında azalma görülmektedir. Bunun yanında hastanın hem seks hem de idrar yapma organı olarak kullandığı penisinin fonksiyonlarından birini kaybetmiş olması, hastada diğer fonksiyonlarının da yitirildiği hissi oluşturabilmektedir. Kadın hastalarda ise menstruasyonun kesilmesi, düşük riskinde artış, gebelik olasılığında azalma gibi belirtiler görülmektedir. Bu belirtiler kadın hastalarda kadınlık fonksiyonlarının azaldığı inancını geliştirmekte, bu durumun ise libido azalmasına neden olduğu düşünülmektedir (Masaroğulları, 2014; Karacaoğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014).

Hemodiyaliz hastalarında organik faktörlerde meydana gelen değişiklikler, psikolojik ve çevresel faktörlerin de etkileşimiyle birlikte daha büyük bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Mutlu, 2007; Sevindik, 2017). Nitekim seksülite, insan hayatının kompleks yönüdür ve yalnızca seksüel davranıştan daha ötedir. Her iki cinste de yaygı olan bu sorun hastanın hayatında yıkıcı etkileri doğurmakla birlikte hastaların iyilik hali ve yaşam kalitelerini doğrudan olumsuz etkiler (Tanrıverdi, 2017, s. 436).

## 2.3. AİLE VE HEMODİYALİZ HASTALIĞI

### 2.3.1. Aile Kavramının Tanımı ve Önemi

Toplumsal yapının en önemli kurumlarından olan ailenin tam manasıyla evrensel bir tanımını yapmak oldukça zordur (TC, 2008, s. 1; Yıldız ve Utanır, 2013, s. 377). En yaygın tanımı ile aile; evlilik, kan bağı veya evlat edinme yoluyla bağlanmış, eşler ve çocuklar arasındaki ilişkilerin oluştuğu ve psikolojik, hukuksal, ekonomik yönleri bulunan iki ya da daha fazla kişinin oluşturduğu toplumun en küçük yapı taşıdır (Çövener Özçelik ve Aktaş, 2015, s.41; Erdim, 2015, s. 33; Oktik, 2018, s. 3; Newman, 2016, s. 96).

Toplumda ailenin önemli ve büyük bir yeri vardır (Kuzlu Ayyıldız ve Alkan, 2015, s. 111). Toplumun temel ve doğal bir birimi olarak kabul edilen aile; üyelerin beslenme, sevilme, korunma gibi ihtiyaçlarının karşılandığı, sosyalleşmenin sağlandığı, kişilik yapılarının temellerinin atıldığı, olumlu ve olumsuz durumlar karşısında sergileyeceği tutum ve davranışların kazanıldığı, neslin devamını sağlayan ve ekonomik, cinsel, psikolojik gibi pek çok boyutta paylaşımların bulunduğu belli bir sayıda üyelerden meydana gelen önemli bir toplumsal grubu ifade etmektedir (Çıtak Tunç ve Kılınç, 2015, s. 275; Öncal, 2018, s.44; Güngörmüş, 2015, s. 222; Güdücü Tüfekçi, 2015a, s. 183; Kürtüncü, 2015, s. 193; Gözen, 2015, s. 79; Güdücü Tüfekçi, 2015b, 2015, s. 235; Muddiman, Taylor, Power ve Moles , 2019, s. 82-86; Baran ve Yurtteri Tirkaki, 2016, s. 5; Düzkaya, 2015, s. 206).

### 2.3.2. Başlıca Aile Kuramları

Bu bölümde aile kuramları arasında en temel kuramlardan olduğu kabul edilen "Yapısal İşlevsel Kuramı", "Çatışmacı Kuram", "Sembolik Etkileşim Kuramı", "Feminist Kuram" ve "Sistem Kuramı"na yer verilmektedir.

#### 2.3.2.1. Yapısal İşlevsel Kuramı

Aileyi sosyal bütünü oluşturan unsurlardan ve sosyal alt sistemlerden biri olarak kabul eden bu kurama göre aile toplum için birtakım görev ve işlevleri yerine getirmektedir. Yapısal işlevselci yaklaşıma göre aile açık bir sosyal sistemdir. Toplumun devamını sağlaması bakımından bazı temel gereksinimlerin karşılanması gerekir ve aile bu işlevleri en iyi bir biçimde karşılayabilir (Aydın Avcı, 2015, s. 10). Aile bünyesindeki kişiler rol ve statü ağına uygun bir şekilde hareket eder ki rol ve statüler toplumsal sistemi ayakta tutmak manasına gelmektedir. Nitekim roller ve statüler ağı hem ailenin hem de aile kurumu aracılığıyla sosyal sistemin işleyişine katkı sağlar (Koyuncu, 2016, s. 46). İşlevselciler aileyi sorgularken aileyi; aile fonksiyonlarının neler olduğu, diğer sistemlerin aile ile ilişkisinin nasıl olduğu ve birey için toplumun diğer kurumları ile ailenin ilişkisinin nasıl olduğu hususunda üç temel soru üzerinden değerlendirirler (Oktik, 2018, s. 9).

#### 2.3.2.2. Çatışmacı Kuram

Yapısal işlevselciliğe tepki olarak ortaya çıkmış ve yapısal işlevselci kuramının tersi olan savları savunan bir kuramdır (Ritzer ve Stepnisky, 2018, s. 122). Genelde çatışma kuramı olarak bilinse de kuramın doğasını belirleyen etken, güçtür (Koyuncu, 2016, s. 46). Sosyal çatışmacılara göre toplum güç için mücadele eden gruplardan meydana gelir ve farklı ilgi grupları arasında bazılarının sosyal düzenlilikten yararlanan başat gruplar olduğuna vurgu yapar (Oktik, 2018, s. 14). Bu doğrultuda toplumsal yapının, bazı grupların diğer grupları sömürmesine izin vererek eşitsizliklere neden olduğuna inanır. Çünkü çatışmacı sosyologlar toplumu kabullenme ve düzen içerisinde değil, çatışma ve müdahale halinde olarak kabul eder (Newman, 2016, s. 22). Bununla birlikte kapitalizmin, ucuz işçi üretmesi sebebiyle aileyi bir meta olarak kabul ettiklerine inanırlar (Oktik, 2018, s. 14). Bu kurama göre tüm toplumsal yapılarda olduğu gibi aile kurumu da

grup dinamiği ile işleyen bir güç birikimidir. Bu güç kullanımın birikimi aile problemleri ile yakından ilişkilidir (Koyuncu, 2016, s. 46).

#### 2.3.2.3. Sembolik Etkileşim Kuramı

Sembolik Etkileşimci Kuram, yapısal işlevselci ve çatışmacı kuramdan farklı olarak birey, grup ve çiftleri makro düzey değil mikro düzey etkileşimler temelinde anlayıp açıklamayı amaçlamaktadır (Newman, 2016, s. 22). Bu yaklaşımda kişiler sembollerle etkileşirler ve sembollere belli anlamlar yüklerler (Oktik, 2018, s. 18). Semboller bireyler ile karşılıklı etkileşimde bulunan diğer bireyler arasında oluşturulur ve şekillendirilir. Semboller uydurulur ve insanlar arasında ne anlama geldiği hususunda bir fikir birliğine varılır. Dolayısıyla insanlar öteki kişilerle etkileşime girdiklerinde genellikle karşıdaki kişinin davranışlarının ne anlama geldiğini yorumlama çabası içerisindedir (Newman, 2016, s. 22). Bu yaklaşımla aileler değerlendirildiğinde, aile dinamiklerini açıklamak için üyelerin davranışları analiz edilmektedir (Hallaç ve Öz, 2014, s. 150). Sembolik etkileşimciler aile üzerinde çalışırken aile içi rolleri ele alırlar ve buradan hareketle rol analizi yaparlar (Oktik, 2018, s. 18). Aile içi dinamikleri; rollerle birlikte karar verme, iletişim örüntüleri ve sosyalleşmeyi de içermektedir (Hallaç ve Öz, 2014, s. 150).

#### 2.3.2.4. Feminist Kuram

Makro düzey temelinde olan feminist kuram, odağına kadını alması sebebiyle diğer makro düzey kuramlardan farklılaşmakta olup eşitsiz güç ilişkilerini sorgulaması sebebiyle yapısal-işlevselci kuramın doğal olarak kabul ettiği iş bölümünü reddeder ve çatışma kuramı ile benzerlik gösterir (Arıkan, 2019, s. 14). Feminist kuramcılar kadın ve erkeğin aile içinde bulunduğu konumu, iki cinsiyet arasındaki çatışmaları ve sömürülmesini temel alır (Oktik, 2018, s. 17-18). Bu doğrultuda toplumsal cinsiyet rolleri ile aile kurumunun eşitsizlikleri devam ettirdiğini öne sürerek ailenin sağladığı cinsiyete dayalı iş bölümü ve duygusal desteği sorgular (Arıkan, 2019, s. 14). Nitekim bu görüşü savunanlar, toplumun patriarkal olduğuna inanırlar ve erkeklerin oluşturduğu bu sistemde meydana gelen ezici ve otokratik yapıyı kadınların yumuşatıldığına inanırlar (Oktik, 2018, s. 17-18). Bu yaklaşım, aileyi desteklemek, birlik ve bütünlüğünü korumaktan ziyade kadının koruyarak onu güçlendirmeyi hedefler (Mavili, 2015, s. 32).

#### 2.3.2.5. Sistem Kuramı

Sistem kuramı pek çok bilim alanında olduğu gibi sosyal bilimler alanında da yaygın olarak kullanılan bir kuramdır. Sistem, aralarında karşılıklı etkileşim ve bağlantı olan belli birtakım işlevleri yerine getirmek üzere bir araya gelmiş elemanlar kümesidir (Turan, 1999, s. 279). Sistem kuramına göre yaşayan bir sistemin en temel özelliklerinden biri parçaların yanı sıra bütününden anlam çıkartılabilmesidir. (Nichols, 2013, s. 118-119). Bu kuram ile evrendeki çeşitli sistemler belirlenmekte ve parçalar çevresiyle birlikte ele alınıp bir bütün olarak incelenmektedir. Çünkü her sistemin parçaları işlevlerini sürdürebilmek için etkileşim halinde olup birbiriyle doğrudan ilişkililerdir ve bu ilişki ve bütünlük, dünyadaki birbiriyle ilişkili karmaşık olaylardan anlam çıkarılması için araştırmacılara yardımcı olmaktadır (Sarıaslan, 1984, s.51-53).

Sistem kuramı, aile kurumunun değişken ve dengeli yapılarının varlığını kabul etmekte ve homeostasisin (dengenin) nasıl tekrar kurulduğunu araştırmaktadır. Aile içindeki karşılıklı ilişki ve iletişim; birey, ailenin çevresi ve geniş sosyal ortam olmak üzere üç düzeyde gerçekleşmektedir (Çelen, 2018, s. 32-33). Sistemi etkileyen herhangi bir durum, alt sistemleri de tek tek etkileyecektir. Dolayısıyla ailenin işlevselliği ve iyi oluşu bütün aile üyelerine etki etkilemektedir (Gladding, 2015, s. 30).

Sistemler nitelikleri bakımından açık ve kapalı olmak üzere ikiye ayrılır. Bu kurama göre tüm canlı varlıklar açık sistemdir ve bu sistemlerin çevresiyle uyumlu olması önemlidir. Böylece dışardan gelen baskı ve isteklere karşı bütünlüğünü koruyabilir. Bunun için sitemin kendi içinde birtakım yeni düzenlemeler gerekebilir. Mesela sistem kendi içinde alt sistemlere ayrılır. Fakat alt sistemler bütünlüğünü koruyamadıklarında sistemin elemanları birbirinden uzaklaşır ve bu gibi sistemler ilerleyen süreçte dağılma tehlikesi yaşayabilir (Turan, 1999, s. 279).

### 2.3.3. Aile Yapısı ve Fonksiyonları

Genel anlamıyla yapı, belli bir çevre ve eksende toplanmış unsurlar bütünü olarak tanımlanmaktadır. Yapısalcılar en belirgin yapı öğelerini; çevre, aktörler, statü ve organizasyon olarak belirlemiş olup bu sınıflandırmayla her varlığın bir çevre üzerinde bulunduğunu, kişi örgüt ve topluluklardan oluşan aktörleri, bu aktörler arasındaki

statüleşmeyi ve son olarak da organizasyonla hepsinin yerinin belirlendiğini ifade etmektedir (Aydın, 2017, s. 75).

Aile etkileşimleri güçlü, fakat görülmeyen yapılarda oldukları için bazılarına göre öngörülebilirken bazılarına göre inatçı olarak tanımlanabilmektedir. Dinamik bir şekilde sürekli değişen örüntüler etkileşim "sürecini" anlatırken, etkileşimlerin gerçekleştiği örgütleniş "yapı" olarak tanımlanmaktadır (Nichols, 2013, s. 133). Ailenin yapısını birlikte yaşam ve evlilik belirlemektedir. Çekirdek ailenin temelini oluşturan bu durum çocuk sahibi olarak birlikte yaşamaları ailenin gelişimini içermektedir. Yapısal olarak ailenin zaman ve mekâna göre meydana gelmiş çekirdek ve geniş veya geleneksel aile gibi iki farklı şekilde ayırabilirken; aileyi sanayi öncesi ve sanayi sonrası gibi farklı kategorilerde görmek de mümkündür (Oktik, 2018, s. 6-7; Erol ve Sezer, 2015; Tanrıverdi, 2015, s. 67).

Aile yapısını açıklayan farklı kuramlar vardır. Bu kuramlardan biri olan Aile Sistem Kuramına göre aile, sabit bir kurum olmayıp sürekli bir değişim ve gelişim içerisindedir. Bu değişim sürecinde aileler, kazançlar, kayıplar ya da yapısal dönüşümler yaşamaktadır. Bu süreci yönlendiren ve yöneten faktör, aile yapısıdır. Aile yapısının temelde yedi önemli boyutu vardır ki bunlar; birlik, yetkinlik, yönetim, duygusal bağlam, direnç, doyum ve iletişimdir (Eryılmaz, 2010, s. 23).

Ailenin sahip olduğu fonksiyonlar (işlevler), aile üyelerinin bireysel ihtiyaçlarının karşılanıp sürdürüldüğü davranışlar ve aktiviteler olarak tanımlanabilir ki üyelerin aile hayatından edindikleri mutluluk ve doyum, aile fonksiyonlarının sağlıklı işlemesi sonucunda mümkün olmaktadır (Yıldız ve Timuçin, 2015, s. 25). Aile işlevleri değişik şekillerde sınıflandırılabilmekle birlikte genel olarak biyolojik, psikolojik, ekonomik, eğitim, dini ve boş zamanlarını değerlendirme olarak sıralanabilir (Yiğitbaş, 2015, s. 99-100; Aydın, 2017, s. 54).

Sağlıklı ailenin tanımı hakkında henüz tam bir anlaşma olmamakla birlikte aile işlevlerini yerine getiren ve aile üyelerinin uyum sağladığı aileler, sağlıklı aile olarak nitelendirilmektedir (Arslan Özkan, 2015, s. 286). Bu doğrultuda sağlıklı aile; üyelerinin her birinin o aileye ait olmasından dolayı mutlu olduğu, duyguları paylaşıldığı, gereksinimlerin doğal olarak karşılandığı, problem çözme becerilerinin geliştiği ve çatışmaların yönetilebildiği, üyelerle birlikte güzel vakit geçirildiği, birbirlerinin kişisel

farklılıklarına ve görüşlerine saygı duydukları, evlilik ve aile doyumunun yaşandığı, üyelerin birbirlerine güven geliştirebildiği, üyelerin birbiriyle açık bir iletişimde bulunduğu, iş birliği ve yardımlaşmanın sağlandığı, aşırı kontrol ve üstünlük kurulmayıp otoriter kuralların olmadığı bir yapıdır (Işıl, 2015, s. 127; Arslan Özkan, 2015, s. 286).

### 2.3.4. Ailede Sağlık ve Kronik Hastalıklar

Sağlık; zaman, kültür ve gelişmişlik düzeyi gibi değişkenlere bağlı olarak farklı biçimlerde tanımlanabilen bir kavramdır. Larson (1991), ABD'de son 150 yılda sağlık kavramı için beklentilerin arttığını ve bu kavramın tanımlanmasında "hasta değil", "mutluluk duygusu", "hayatta kalabilen", "günlük faaliyetlerini yerine getirmekte yetkili" gibi farklı ifadelerin yer aldığını belirtmektedir (Özdemir, 2018, s. 3). Bir başka tanıma göre sağlık; biyolojik, sosyal, ruhsal, çevresel, psikososyal, psikoseksüel ve ailesel boyutları olan çok yönlü bir olgudur. Fiziksel ve ruhsal boyutları ile ayrılmaz bir bütün olan bu olgunun boyutları kendi aralarında birbirini etkilemektedir (Kocaman, 2015, s.108).

Toplumun en küçük kurumu olan ailenin sağlığı anlamına gelen "aile sağlığı" kavramı, aile üyelerinin sağlıklı olması ve bu üyelerin en üst düzeyde fonksiyonel olma durumunu ifade etmektedir. Bu kavram bireysel olarak aile üyelerini, bütün olarak ise aile sisteminin biyolojik, spiritüel, sosyolojik, kültürel ve psikolojik bütün parametrelerini içeren sürdürülebilir bir iyilik durumunu hedefler (Aydın Avcı, 2015, s. 2). Nitekim aile üyelerinden birinde meydana gelen hastalık durumu hasta bireyi fiziksel ve ruhsal yönden zorlanmalara yol açarken gerek ekonomik gerekse ruhsal açıdan ailenin bütün üyelerini etkileyerek ruhsal bozukluklara ve önemli uyum sorunlarına neden olabilmektedir (Toros, Tot ve Düzovalı, 2002, s. 241).

Kronik hastalıklı bireye sahip aileler pek çok zorluklarla karşılaşabilmektedirler. Bu ailelerin genellikle kronik hastalığa yönelik bilgisi yetersiz düzeydedir ve profesyonel kişiler tarafından yönlendirilmeye gereksinim duyarlar. Aileler, kronik hastalığı olan kişilere savunucu olarak yardım eder, fakat amaçlarını gerçekleştirmede kendilerini başarısız hissederlerse psikolojik çöküntülerle yüzleşirler ve başarısızlık yaşadıkları için öfkelenirler (Ergün ve Aygün, 2015, s. 314).

Kronik hasta ve yakınlarının hastalığa tepkisi kişilerin değer sistemlerine, inançlarına ve strese verdikleri tepkilere göre farklılık gösterebilmektedir (Üstüner Top, 2015, s.304). Boehm'e göre, duygularımız, düşüncelerimiz ve davranışlarımız ile fiziksel ve duygusal sağlığımız arasındaki yakın bir bağ vardır (Rokach, 2019, s. 2). Sürekli ilerleyip tedavi seçeneklerinin ise kısıtlı olduğu hastalıkların tanısını öğrenen aile o güne kadar karşılaştığı sorunları çözmekte kullandığı ve hayatını sürdürdüğü başa çıkma mekanizmalarının yetersiz kaldığını fark eder ve bu nedenle genellikle fiziksel, bilişsel ve duygusal alanda güçsüzlük, çaresizlik, korku, şaşkınlık, öfkeye kapılma, inkar, kabullenmeme ve dağılma gibi duygular yaşarlar (Demirkol ve Koç, s.2; Üstüner Top, 2015, s.304). Nitekim "Ölüm ve Ölmek Üzerine" isimli kitabıyla terminal dönemdeki ölümcül hastalık tanısı almış hastalar ile yaptığı görüşmeler sonucunda bireylerin duygu ve davranışlarını inceleyen Elisabeth Kubler Ross'ın tanımladığı aile üyelerinin tanıya göstermiş olduğu beş tepki olan inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme evreleri sırasıyla aşağıda açıklanmıştır (Kubler Ross, 1997, s. 51-147)

İnkar: İlk evre "yadsıma"dır. Hasta ve ailesinin hastalığa ilk tepkisi şok durumu olup ilerleyen süreçte bu durumdan yavaş yavaş çıkılır (Üstüner Top, 2015, s.304; Dikmen, Keçialan, 2015, s. 418). Bu evrede hasta birey ve ailesi aldığı olumsuz haberi kabul etmemekle birlikte bu durumun kendi başına gelmiş olamayacağına inanır ve durumda bir yanlışlık olduğu düşüncesiyle duyumu yok sayma eğilimindedir (Kara, 2018, s. 315). Kötü haberi alan hasta ve ailesi durumu bir süre inkar ederek eskisi gibi güçlü olduklarına inanır ve normal hayatlarını devam ettirmeye çalışır. Hasta ailesini ya da ailesi hastayı korumak isteyebilir ve var olan gerçek ortadan kaldırılmaya çalışılabilir. Tanının doğru olmaması umuduyla doktor değiştirme ya da bir doktoru birden fazla umutsuzca ziyaret etme davranışları görülebilir (Kubler Ross, 2011, s. 1). Bu aşamada hasta ve ailenin tanıyı kabul etmemesi fakat tedaviyi kabul etmesi durumu sağlıklı inkar olarak adlandırılırken tanıyı da tedaviyi de inkar etme durumu sağlıksız inkar olarak adlandırılmaktadır (Üstüner Top, 2015, s.304).

Öfke: Sonunda korkunç gerçek ile yüzleşen hasta ve ailesinin inkar aşamasında bastırılan sorgulamaları devreye girer ve üst üste gelen sorgulamalar sonucunda kızgınlık duygusu belirir (Kubler Ross, 2011, s. 1; Demirkol ve Koç, s. 2). İlerleyen günlerde gündeme gelen izlenmesi planlanan tedaviler, hastanın nerede ve kim tarafından tedavi edileceği gibi konularda karar alınması gerekir (Üstüner Top, 2015, s.304). Bu dönemde kişilerin

enerjisi problem çözümünden ziyade duygulara yöneldiği için kişiler açısından karar vermek oldukça güç olabilmektedir (Ünal Keskin, 2005, s. 128). Birey "Neden ben, Neden ben, neden o değil?" sorusunu sormaktadır. Başkaları sağ kalacakken kendisinin öleceği gerçeğini düşündükçe hasta ve yakınları öfkelenir (Üstüner Top, 2015, s.304). Öfke evresi inkar evresinden farklı olarak tedavi ekibi ve aile açısından başa çıkması çok daha güç bir evredir. Bunun nedeni hastanın öfkeyi çevreye neredeyse rastgele biçimde yansıtması ve her yöne yöneltebime ihtimalidir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011, s 346). Nitekim hasta, sağlıklı olan diğer aile üyeleri, arkadaşları, sağlık personeli gibi pek çok kişiye sağlıklı olmaları sebebiyle öfkelenebilir. Bazen ise öfkeyle Tanrı hedef alınır ya da hasta, hastalığın kendisine bir ceza olarak verildiği düşüncesiyle öfkeyi kendine de yöneltebilir (Ünal Keskin, 2005, s. 128; Üstüner Top, 2015, s.304). Hasta bu süreçte unutulmadığından emin olmak isteyecek ve bunun için taleplerde bulunacak, kendine özen gösterilmesini isteyecek, şikayet edecek ve belki de bağırarak ağlayacaktır (Biçer Kanat ve Yılmaz Özpolat, 2016, s. 307). Bu evrede pek çok kişi kendini hastanın yerine koymadığı ve öfkesinin kaynağını anlamaya çalışmadığından farklı iletişim sorunları ortaya çıkmaktadır. Aile bu öfkeyi kişisel olarak algıladıklarında ve hastaya tepki verdiklerinde bu durum, düşmanca davranışlarını pekiştirecektir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011, s 346). Hastayı öfkelendirmek yerine bu hastaya yardımcı olmak için hastanın öfkesini kişisel bir hakaret olarak algılamamak gerekir (Kubler Ross, 2011, s. 1). Hastaya, kendisine saygı duyulduğunun ve onun anlaşıldığının hissettirilmesi, zaman ayrılarak ilgi gösterilmesi öfkeli taleplerini azaltacaktır. (Biçer Kanat ve Yılmaz Özpolat, 2016, s. 307).

Pazarlık: Bu aşamada öfkeyi bir yana bırakan hasta farklı stratejiler geliştirir ve Tanrı ile yaşamın uzatılması için pazarlık yapabilir (Kubler Ross, 2011, s. 1; Üstüner Top, 2015, s.304). Hasta, böyle bir hastalık durumuna karşın bir çarenin de olabileceğine inanarak iş birliği ve çaba içerisine girer (Demirkol ve Koç, s. 3). Birinci evrede korkunç gerçeklerle yüzleşemeyen ve ikinci evrede Tanrı'ya, kendisine ve diğer insanlara karşı öfkeli olan hasta, kaçınılmaz olan bu durumu erteleyebileceğini düşündüğünden bir uzlaşma yapmak ister. Tanrı kendisini yeryüzünden almaya karar vermişse ve öfkeli taleplerini de kabul etmiyorsa olumlu bir yanıt vermesi için bir de nazikçe istemeyi denemek ister. (Biçer Kanat ve Yılmaz Özpolat, 2016, s. 307). Bu doğrultuda birçok kişi inançlarına yönelir ve küçük bir şansı olduğuna inanarak ömürlerinin uzaması için dua eder, başlarına gelecekleri etkilemeye çalışırlar ve iyileşmek için şartlar öne sürerler. Bir hafta, bir ay

gibi daha fazla yaşamak için iyi davranışlarda bulunmaya ve iyi bir insan olmaya söz verirler (Üstüner Top, 2015, s.304). Pazarlık evresi diğer evlere kıyasla daha az bilinmekle birlikte aslında kısa süre de olsa diğer evreler kadar hastaya yardımcı olmaktadır (Güleç ve Büyükkınacı, 2011, s 346). Bu üç evrede dini açıdan sorgulama yaşanarak Tanrı'ya ve kadere isyan ve küskünlük de hissedilebilir. Bu noktada diğer aile üyelerini uyararak açıklamalar yapmaya çalışmak yerine onları sadece dinlemek ve kendilerinin anlaşıldığını hissettirmek hasta yakını için önemli gözükmektedir. (Kara, 2018, s. 315).

Depresyon: Harcanan çabaların ve girişimlerin durumu düzeltmeye yetmediğini fark eden hasta için depresyon süreci başlar. Bu evre hastanın hastalığın seyri üzerinde kontrolünü yitirmesi olarak da anlaşılabilir (Üstüner Top, 2015, s.304-305). Hasta, hastalığına durumunun belirtilerini daha fazla hissetmeye başlar ve güçsüzleştikçe öfke duygusu büyük bir kayıp hissine dönüşür. Nitekim hasta bedenindeki değişiklikler, kadınlık-erkeklik hissi kayıpları, organ kayıplarına ek olarak iş, verim kaybı ve ekonomik kayıplar ve bu kayıpların neden olduğu depresyona reaktif (tepkisel) depresyon denir (Biçer Kanat ve Yılmaz Özpolat, 2016, s. 307; Güleç ve Büyükkınacı, 2011, s 346-247). Bu dönemde hasta insanlarla ve akrabalarla olan ilişkisini azaltarak daha az insanı görmek ister (Kubler Ross, 2011, s. 2). Hastalarda sık sık kayıtsızlık hali, hiçbir şey yapmak istememe, hayattan soyutlanma gibi belirtiler görülür. Depresyon, kabullenme dönemine için gerekli bir süreçtir (Demirkol ve Koç, s. 3). Dolayısıyla kabullenmeyi kolaylaştıran bir araç durumunda olan bu süreci bireyin olağan biçimde yaşamasına ve üzgün olmamasının söylenmesinden ziyade üzüntüsünü dışa vurmasına izin verilmesi yararlı olacaktır (Biçer Kanat ve Yılmaz Özpolat, 2016, s. 307).

Kabullenme: Hastanın hastalık durumu ile mücadele edemese de her şeye hazır olduğuna inandığı aşamadır. Bu evrenin mutlu bir evre olduğu düşünülmemelidir (Üstüner Top, 2015, s. 305). Hastalık kabul edilse de bu kabul umutsuzluk olarak değerlendirilmemeli, hastanın hastalığın durumu anlaması olarak düşünülmelidir (Demirkol ve Koç, s. 3). Bu evre, neredeyse duygudan yoksun bir evredir. Hasta ve yakınları yeni bir amaç ve anlam bulduğundan karar vermek kolaylaşmıştır (Ünal Keskin, 2005, s. 129). Bu dönem, hastadan çok ailesinin anlayış, destek ve yardıma ihtiyaç duyduğu zaman olarak ele alınmaktadır (Biçer Kanat ve Yılmaz Özpolat, 2016, s. 307). Aile ve diğer hasta yakınları bu hastaların güçlü bir kişi olduğunu düşünebilir ve daima savaşı destekleyebilirler. Fakat

hastanın kendi sonunu kabul etme davranışı diğer üyeler tarafından korkakça bir pes etme davranışı olarak kabul edilebilir. Bu davranışın aileye yönelik bir ihanet olduğunu düşünebilirler ve daha da kötüsü bunun bir dışlama olduğunu hissettirebilirler (Üstüner Top, 2015, s.305). Buna karşılık hasta yalnız bırakılmak isteyerek en azından dış dünyanın sorun ve haberleriyle rahatsız edilmek istemez. Bununla birlikte genellikle ziyaretçiden de pek hoşlanmayıp gelme durumlarında da pek konuşmaz (Güleç ve Büyükkınacı, 2011, s 346-247). Kabullenme evresinde ailenin ve diğer yakınlarının hastanın yaşamını uzatma isteği ile hastanın dinlenme arzusuyla çelişebilir (Üstüner Top, 2015, s.305).

Kübler Ross, yas sürecinde yaşanan bu evrelerin birbirini takip etmek, doğrusal ve sıralı bir gidiş sergilemek ya da tamamlanmak durumunda olmadığını belirtmektedir. Bununla birlikte evreler arasında keskin sınırlar olmadığını ve hastalar tarafından karmaşık bir sırada da yaşanabileceğinin, iç içe deneyimleneceği gibi bu evrelerden herhangi birinde takılıp kalabileceğinin ya da zaman zaman daha önce yaşamış olduğu evreye dönebileceğinin altını çizmektedir (Biçer Kanat ve Yılmaz Özpolat, 2016, s. 307; Yılmaz, Çeri, Tatlıdil, Koçak ve Soykan, 2009, s. 193-194). Bununla birlikte terminal dönemdeki tüm bireyler için bu aşamaların hepsi başından sonuna kadar aynı şekilde yaşanmayabilir (Ünal Keskin, 2005, s. 129). Ross aynı zamanda, hasta ailesinin de inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme gibi evreleri hastalar gibi yaşadıklarını ve hastalık sürecinde hastaya ihtiyacı olan desteği sağlayabilmeleri için onlara da yardım edilmesi, desteklenmesi ve gerekli yönlendirilmelerin yapılması gerektiğine vurgu yapmaktadır (Terakye, 2011, s. 81).

### 2.3.5. Hemodiyaliz Hastalarının Aile Yaşamları

Kronik böbrek yetmezliği, hem hastanın hem de hasta ailesinin yaşamını büyük oranda etkileyen ve farklı sorunlara yol açan en önemli hastalıklardan biridir. Bilim ve teknolojinin gelişmesiyle meydana gelen yaşam süresindeki artışın bir yandan kronik bir hastalıkla geçen süreyi uzatması, diğer yandan da kronik bir hastayla geçen zamanı artırmasıyla birlikte hem hastanın hem de bu süreçte hastaya en fazla destek olan hasta yakınlarının, hastalığın tüm etkilerine daha fazla maruz kalması sonucunu beraberinde getirmektedir (Aydemir vd., 2002). Dolayısıyla hemodiyaliz hastasının ailesi olmak hastanın yaşamakta olduğu sağlık, ekonomik, psikolojik, sosyal ve cinsel sorunlardan

doğrudan etkilenmeyi kaçınılmaz kılmakta ve tüm aile üyelerinin yaşam tarzlarını pek çok yönden değiştirebilmektedir (Okyayuz, 1995, s.185-188).

Hastalığın hasta birey, aile ve genişletilmiş sosyal çevresi üzerindeki etkileri olmakla birlikte hasta ailesinin ve genişletilmiş sosyal çevresinin de hastalık seyri üzerinde birtakım etkileri bulunmaktadır (Rolland, 1984, s. 245-250). Özellikle hastayla birlikte ailenin de hastalık durumunun çıktılarından önemli ölçüde etkilenmesinden dolayı aile üyelerinde meydana gelen yeni değişimlerin ailelerde bazen yorulma ve tükenmişlik ile sonuçlanabildiği bilinmektedir. Bununla birlikte hastalıkla baş etme sürecinde hastanın aile ve aile desteğine eskisinden daha fazla ihtiyacı olduğu da bir gerçektir. Dolayısıyla bu süreç bir yandan hasta ve hastalık sebebiyle ailesinde yaşanan değişiklikleri ortaya çıkartırken, diğer yandan hemodiyaliz hastalığı tedavisinde ailenin rolünün önemini gündeme getirmektedir. Fakat bu hastalık süreci başarılı bir şekilde atlatılamadığında hasta ve ailesi arasında meydana gelen bu çift yönlü etkileşimde farklı sorun ve ihtiyaçlar ortaya çıkabilmekte ve bu durum hasta, hasta ailesi ve hastalık seyrini olumsuz etkileyebilmektedir.

#### 2.3.5.1. Hemodiyaliz Hastalığın Aile Yaşamına Etkileri

Kronik Böbrek yetmezliği, hayatı tehdit eden ve gerek hasta gerekse ailenin yaşamları üzerinde kontrol gücünü kaybetmelerine neden olan kronik bir hastalıktır (Ahmad ve Al Nazly, 2015, s. 477-487). Bununla birlikte hastalık durumu, aile üyelerinin sağlık durumlarını ve yaşam kalitesini bozarak aile/evlilik yaşantısı başta olmak üzere iş ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkileyen bir durum olarak kabul edilmektedir (Üstüner Top, 2015, s.305). Dolayısıyla hemodiyaliz hastasının ailesi olmak hastanın yaşamakta olduğu sağlık, ekonomik, psikolojik, sosyal ve cinsel sorunlardan doğrudan etkilenmeyi kaçınılmaz kılmakta ve tüm aile üyelerinin yaşam tarzlarını pek çok yönden değiştirebilmektedir (Okyayuz, 1995, s. 185-188; Power, 1977, s. 70).

KBY'nin kendisi kadar hemodiyalizin de hasta bireyleri bedensel, zihinsel, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz etkilediği bilinmektedir (Küçükünal vd., 2015, s. 23). Nitekim hemodiyaliz tedavisinin olumsuz etkileri hastanın farklı boyutlarda sağlık sorunları yaşamasının en önemli sebepleri arasındadır. Söz konusu sağlık problemlerinden kaynaklı olarak hemodiyaliz tedavisi alan hastaların bazıları kendi tedavi süreçlerine

dahil olmada aktifken, bazı hastaların pasif davranıp kendi aile ve arkadaşlarına bağımlı olduğu görülmektedir. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarabilmek, kendi tedavi ve bakım konularında gerekli sorumluluğu alarak yaşamlarını sürdürmek büyük öneme sahiptir (Karadağ, 2017, s. 473). Nitekim hastalar fiziksel durumları ile kendi duygularını iyi gözlemlediği sürece kendi tedavi süreçlerinde daha aktif olabilmektedirler. Ayrıca hastalık seyrini daha sağlıklı bir şekilde takip eden hastalar diğer hastalara kıyasla kendine daha çok saygı duyar, aileleri ile daha sağlıklı iletişim kurar ve aile rollerini daha iyi icra ederler. Fakat bu süreçte pasif olan hastalar kendi aileleri başta olmak üzere sosyal çevresine daha çok ihtiyaç duyabilmektedir (Kaçar, 2012, s. 393). Bu durumun bir getirisi olarak çoğu hastalar makinaya bağımlı ve muhtaçlık duygusu içerisinde olmalarıyla birlikte kendilerini sağlık personeline ya da aile, arkadaş gibi sosyal çevresine de bağımlı hissedebilmektedirler. Bu bağımlılık gerek hasta gerekse ailenin kişisel yaşamları derinden etkilenebilmektedir (Yavuz, Yavuz ve Altunoğlu, 2012, s. 34). Nitekim aile üyeleri, RRT tedavisinin devamını sağlama, kan basıncını takip etme, diyete uyuma teşvik, ilaç doz ve kullanımlarına dikkat etme vb. hususlarının takibini kendilerine sorumluluk olarak kabul edebilmektedirler (Kaçar, 2012). Bu durum bakım veren kişi ve bakım veren yükü kavramlarının önem kazanmasına neden olmaktadır.

Yük kavramı; bakım verenin sahip olduğu sosyal ve ekonomik problemler, kontrolün kendisinde olduğu duygusunu yaşayamama ve aile ilişkilerinin bozulması gibi olumsuz olan objektif ve subjektif sonuçlar olarak tanımlanmaktadır (Tanrıverdi, 2017, s. 396). Bir başka ifadeyle bakım veren yükü kavramı, kişilerin hasta yakınlarına bakım sunarken yaşayabilecekleri fiziksel, maddi ya da psikososyal tepkileri ifade etmek için kullanılmaktadır (Atagün, Balaban, Atagün, Elagöz ve Yılmaz Özpolat, 2011, s. 513; Gür, 2015, s. 332). Bununla birlikte bakım yalnızca bir yardım ve hizmet çeşidi ile sınırlı olmayıp, sağlık ve kişisel bakımın yanı sıra aynı evi paylaşma, birtakım sosyal hizmetleri koordine etme, ev işlerini yapma, para yönetimi, alışveriş, ulaşım gibi her tür fiziksel, maddi ya da emosyonel destek vermeyi kapsamaktadır (İnci ve Erdem, 2008, s. 85-95; Toseland, Smith ve McCallion, 2001, 99-109). Türkiye'nin kültürel ve sosyal özellikleri göz önünde bulundurulduğunda hastaların bakımının diğer aile üyelerince üstlenildiği ve ailelerin bu hizmetleri kendileri tarafından yerine getirilmesi zorunlu bir sorumluluk olarak değerlendirdikleri görülmektedir (Tarı Selçuk ve Avcı, 2016, s. 1-10). Bazı

kaynaklarda ise aile yükü olarak ifade edilen bu durumun en can alıcı noktalarını ekonomik ve duygusal yüklemeler oluşturmaktadır (Uzun ve Bayram, 2015, s. 250). Genel olarak aile bakımının kronik ve yoğun doğası, hastaya bakım verenlerin aile hayatı, sosyal ve eğlence hayatı, iş yaşamlarıyla ilgili diğer taleplerden ortaya çıkan çatışmalarla birleştiği zaman gelişen "bakıcı yükü" denilen bu dengesizlik durumu, zaman ilerledikçe ailede daha büyük bir sorun olarak kendini hissettirebilmektedir (Silver ve Wellman, 2020, s. 831-836; Cingil, 2015, s. 268).

Bakım verenin yük algılaması; kişinin etnik kökeni, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri, yaşı, cinsiyeti, bakım vermeye gönüllü olma durumu, hastaya olan yakınlığı, ekonomik ve eğitim durumu, kendi hastalığının olup olmaması, inançları, baş etme becerileri, bakım veren kişinin sahip olduğu sosyal destek ile ilişkili faktörlere göre değişiklik gösterebilmektedir (Atagün vd., 2011, s. 513; Silver ve Wellman, 2020, s. 831-836). Dolayısıyla bakım veren kişinin hasta aile üyesinin günlük yaşantısının hemen hemen her aşamasında yer alması bazı bakım verenler için baş edilebilir bir durumken bazıları için oldukça yıpratıcı bir süreç olabilmekte ve ilerleyen zamanlarda bakım veren kişileri tükenmişlik durumuna itebilmektedir. Tükenmişlik durumu yeni şartların doğurduğu fiziksel ve duygusal çöküşü, bir başka ifadeyle ise sorun ve zorluklarla baş edemeyen hasta yakınlarında görülen bir stres durumudur (Demirbilek, Ciğerli, Yakupoğlu, Turhan, Erman, Köse, ve Özdemir Acar,2011, s. 104; Özel Kızıl ve Yılmaz Özpolat, s.2). Nitekim hemodiyaliz tedavisi süreci boyunca hastanın diğer aile üyelerinden biri, hastanın birincil bakım vereni olmakta ve hastaya diyaliz partneri gibi davranması oldukça stresli ve zorlu bir süreci deneyimlemesi anlamına gelmektedir (Ferrario, Zotti, Baroni, Cavagnino, ve Fornara, 2002, s. 54-55).

Hemodiyaliz hastaları çeşitli psikolojik bozukluklara sahip olduğu bilinmektedir. Bu bozukluklarda ekonomik zorlanma, yaşam tarzında kısıtlanma gerek ev gerekse işyerindeki rol kaybı hissi gibi çeşitli faktörler etkili olabilir (Khaira, Mahajan, Khatri, Bhowmik, Gupta ve Agarwal, 2012, s. 316-322) Hemodiyaliz hastalarında görülen bu psikolojik sorunların aile üzerindeki yansımaları da farklı sorunları doğurmaktadır. Nitekim hastada sıkça görülen öfke hastanın ailesine ya da sağlık personeline yönelik olabilmektedir (Sezer, 2001, s. 42). Bununla birlikte hastanın iş ve aile düzeninde yaşanan bozulmalar, depresyonu tetiklemektedir. Depresyon sürecini yaşayan hasta yine bu sorunu ailesine yansıtmakta ve ortaya çıkan durum aile içi sorunlarının artmasına sebep

olmaktadır (Aydın, 2014, s.30; Mutlu, 2007). Hastada meydana gelen algılanan evlilik gerginliği, depresyon ve rol kaybının özellikle hastanın eşi üzerinde depresif etkiler oluşturabildiği bilinmektedir. Bununla birlikte hasta eşi, artan bağımlılığından kaynaklı olarak artan iş yükü, olumsuz ekonomik sonuçlar, izolasyon ve sosyal aktivite kaybı hissedebilir (Khaira vd., 2012, s. 316-322).

Sağlık problemlerine bağlı olarak ortaya çıkan cinsel işlev bozuklukları da eşler arasında önemli bir problem haline gelebilmektedir. Her ne kadar cinselliğin ülkemizde bir tabu olarak algılanmasından kaynaklı olarak cinselliğin aile üzerindeki etkileri hakkında yeterli çalışma olmayıp bu konuda yeterli bilgi edinilemese de bu sorunların pek çok ailede temel problem olabileceği tahmin edilmektedir (Karadeniz, Altıparmak, Marul ve Muslu, 2015, s. 34-35). Yapılan araştırmalarda hastalıkla birlikte meydana gelen cinsel işlev bozuklara çiftler arasında meydana gelen iletişim problemleri, depresyon gibi psikolojik sorunlar da eklendiğinde cinsel düzenlemelerde güçlüklerin ve azalmış yakınlık algısının meydana geldiği saptanmıştır. Hasta eş hasta olmayan eşi olumsuz etkilerken hasta olmayan eşte meydana gelen duygusal sıkıntı ve evlilikten memnuniyetsizlik düzeyi yine hastayı etkileyebilmekte ve var olan sorunlar çift taraflı bir etkileşim ile giderek daha büyük bir sorun haline gelebilmektedir (Khaira vd., 2012, s. 316-322).

Hemodiyaliz tedavisinin gün aşırı olarak haftada 3 gün, günde ortalama 4 saat sürmesi hasta ailesi için başlı başına bir sorundur. Zamanının büyük bir kısmını tedavide geçiren hastanın ailesine ve diğer sosyal çevresine ayırdığı vakit oldukça kısıtlıdır. Nitekim Churchill'e göre hastalık, hastanın sosyal ve boş vakit faaliyetlerini, başkalarıyla ilişkilerini ve aile işlevlerini doğrudan etkileyen sosyal işlevselliği oldukça azalacaktır (Churchil, 2006).

Hastalığın fiziksel zorlukları hastaların genellikle yaşamlarının tüm yönlerini etkileyen iş, istihdam, sosyal aktiviteler ve boş zamanlar gibi faaliyetlere müdahale eden duygusal ve sosyal sonuçlarla bağlantılıdır. Kronik hastalık, sosyal izolasyona yol açan bu faaliyetlerine katılma yeteneğini olumsuz etkileyebilir ve depresyon oranlarını artırarak yaşam sınırlayıcı, günlük yaşam aktiviteleri açısından müdahaleci ve yaşam kalitesi düşürücü önemli bir etkiye sahiptir (Karasouli vd., 2014, s. 899-908). Hastanın sosyal yaşamının büyük oranda kısıtlanması, diğer aile üyelerinin de sosyal hayatını

kısıtlayabilmektedir. Nitekim evde bir hastanın bulunması, çoğu zaman hayatını hasta bireye göre şekillendirmeyi beraberinde getirdiğinden diğer aile üyelerinin de yaşam tarzları değişebilmektedir. Öyle ki bazı aile üyeleri kendilerini hasta üye için feda ederek kendi hayat tarzlarından ve alışkanlıklarından vazgeçebilmektedir.

Hastanın ailesinin yaşam kalitesini; hastanın yaşı, cinsiyeti, hastalık süresi ve seyri gibi hasta ile ilgili özelliklerin yanı sıra aile üyelerinin yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, ekonomik durumu ve başkalarından destek alma gibi faktörlerin etkilediği bilinmektedir (Karabuğa Yakar ve Pınar, 2013, s. 1; Üstüner Top, 2015, s.305). Bununla birlikte yapılan çalışmalarda hasta ailelerinin çoğunun yaşam kalitelerini düşüren uyku bozuklukları, anksiyete, depresyon gibi sağlık problemleri ve buna bağlı olarak beliren bakım yükü, ekonomik sorunların artması ve aile içi rollerin değişmesi gibi aile içi sorunlar yaşadıkları saptanmıştır (Üstüner Top, 2015, s.305). Aile, süreç ilerledikçe baskının artması, tükenme riski ve zamanla yeni bakım görevlerinin sürekli olarak eklenmesi gibi durumlarla karşı karşıyadır. Bu durum karşısında aile sürekli değişen yeni durumlara adaptasyon sağlamaya çalışarak rol değişikliklerine gidecektir (Rolland, 1984, s. 245-250; Devins, Hunsley, Mandin , Taub ve Paul, 1997, s. 32).

İnsanlar yaşamları boyunca çocuk, eş, anne, baba, karar verici, yönetici gibi rollere sahiptirler. Fakat hastalık durumunda, kişilerin aile içindeki rolleri değişebilmektedir. Bu değişim kısa süreli ve fark edilmeyen bir düzeyde olabileceği gibi uzun süreli ve çok belirgin bir biçimde de kendini gösterebilir. Hasta birey ve ailesi göze çarpmayan kısa süreli değişikliklere daha kolay uyum sağlayabilirseler de uzun süreli rol değişiklikleri, keder sürecine benzer iyileşme aşamalarını gerektirir (Üstüner Top, 2015, s.305, 306). Rol değişikliklerinin aile üzerindeki bu yansımaları, sağlıklı işleyen aileler için bile yük oluşturabilir. Özellikle aile bu süreçte önemli bir gelişimsel geçişteyse karmaşık bir ağ bağlamında var olan sorun daha da zorlaşabilmektedir (Rolland, 1984, s. 247-258; Power, 1977, s. 70)

Hemodiyaliz hastalığının birey ve ailelerinin etkilemesiyle aile dinamikleri de sık sık değişir. Aile dinamikleri; karar verme, aile fonksiyonları, günlük değişim ve ilgililerle ilgilenme, aile üyelerine özel destek talebi ile ilgili bir süreçtir. Hasta olan kişinin çocuk, anne veya baba gibi aile içindeki konumlarına göre aile dinamikleri farklı biçimlerde etkilenecektir. Nitekim hasta çocuğa sahip olmak aile üyeleri için acı veren zorlu bir

yaşam deneyimidir. Çocuğun aile üyelerine bağımlı olması, hastalık sürecinin belirsiz olması ve bu durumun geleceğe yönelik bir tehdit oluşturması diğer aile üyelerinin çocuğun geleceği hakkında kaygılı olmasını beraberinde getirmektedir. Ailedeki anne veya baba konumundaki kişiler hasta olduğunda genellikle hastalık geçene kadar ailede karar verme mekanizması ailenin yaşça büyük diğer bir üyesinin sorumluluğuna verilebileceği gibi ertelenebilir ya da tamamen durdurulabilmektedir (Üstüner Top, 2015, s.306, 307).

Sorias'a (1988) göre ekonomik olanaklar kişiler için önemli bir destek kaynağıdır. Çünkü kişilerin karşılaşabileceği pek çok yaşam sorununu çözümleyebilmektedir (Tan, Okanlı, Karabulutlu ve Erdem, 2005, s. 35). Bununla birlikte hastalar, hastalığın getirisi sağlık sorunları sonucunda iş hayatlarını değiştirerek ekonomik rollerden vazgeçebilmektedirler. Bu durum hasta için cesaret kırıcı olabilmekle birlikte ailede ekonomik rolün değişmesini kaçınılmaz kılarak başka bir aile üyesini çalışma hayatına itebilmekte ve ekonomik rolü başkasına devredebilmektedir (Power, 1977, s. 70-71). Nitekim toplumumuzun ataerkil yapısı ve toplumsal cinsiyet rolleri göz önünde bulundurulduğunda hasta olan aile üyesi baba ise ailenin ekonomik rolleri başka bir aile üyesine aktarılırken, hasta olan aile üyesi anne olduğunda ise ev işi, yemek ve temizlik gibi hizmetlerin başka bir aile üyesine aktarıldığını söylenebilir.

Her kronik hastalıkların olduğu gibi hemodiyaliz hastalığının da ailenin ekonomik kaynaklarının tüketimini artırdığını söylemek mümkündür (Mollaoğku, 2012). Hastanın çalışma hayatını olumsuz etkileyen hastalık süreci, işsizlik olgusunu ortaya çıkarmaktadır. Tedavinin de maliyet getirmesi aileye ekonomik anlamda ciddi boyutta stres yaşatır (Monroe ve Raiz ,2005, s. 63; Kaya Akı ve Demir Dikmen, 2012). Hastalığın uzun sürmesi, tedavinin yüksek maliyet gerektirmesi, gelirin uzun süre kısıtlanması, hastalının işten çıkartılması gibi değişimler hasta ve ailesi için yoksulluk sürecini getirebilmektedir (Mollaoğku, 2016). Bunun sonucunda çalışmayan aile üyelerin çalışmasını gerektirdiği gibi çalışan aile üyelerinin daha fazla çalışmasını da gerektirebilmektedir. Hastalığın aile üyelerinin parasal sıkıntı ve gerginliği, gelir kaynaklarının bozulması ve sosyal ilişkilerinde ortaya çıkan geçici ya da kalıcı incinmeler, ailedeki diğer bireylerin sağlıkların da bozulmasına neden olabilir. Tüm bu durumlar aile üyelerinin geleceğe dair kısa veya uzun vadeli planlar yapılmasının önünde bir engel teşkil etmektedir (Özgüven, 2001, s. 104)

Hemodiyaliz tedavisinin ilk zamanlarında hastaya diğer aile üyeleri tarafından gösterilen ilgi zaman içerisinde azalabilmektedir. Bununla birlikte başlangıçta hasta eşlerine karşı yakın davranışlar sergileyen kişiler, süreç ilerleyince bu davranışlarını agresif davranışlara dönüştürebilmektedirler (Yavuz, Yavuz ve Altunoğlu, 2012, s. 34).

Çocukların hastalık sonrası ailede değişen şartlara gösterdiği tepkiler farklı ve çeşitli biçimlerde olabilmektedir. Çocukların yaşının bunda etkili olabileceği gibi bu durum, hasta olan anne veya baba ve hasta olmayan ebeveyn ile olan ilişkisine de bağlıdır. Bununla birlikte hastalık travması nedeniyle, aile üyelerinin ilgi ve dikkatinin çoğu, hasta olan aile üyesine ayrılabilmektedir. Bu durumda diğer aile üyeleri ihmal edilebilmekte ve bir kişide toplanan ilgi diğer aile üyelerinin öfke ve kızgınlık duyguları pekiştirerek farklı sorunlara neden olabilmektedir (Power,1977, s. 77-78; Üstüner Top, 2015, s.306, 307). Aile içinde, zamanın büyük ölçüde hasta üyeye ayrılmasıyla diğer üyelerin değer görmeme, ev işlerinde birtakım aksamaların yaşanması, yeterince ilgilenememe gibi olumsuz etkiler yaşanabildiği gibi vicdani rahatlık ya da değer görme gibi olumlu etkiler görülebilmektedir. Dolayısıyla hastalık durumu bazen aile üyeleri arasında uzaklaşmayı artırırken bazen de aile üyelerinin birbirlerine yaklaşmalarını sağlamaktadır (Üstüner Top, 2015, s.306, 307).

Hastalık sürecinde aşırı kaygılı ve aşırı koruyucu aile, ilgisiz ve reddedici aile mükemmeliyetçi ve denetleyici aile, aşırı hoşgörülü ve teslimiyetçi aile, aile üyelerinin uyumunu zorlaştıran aile tipleridir. Birey ve ailenin uyumunun en iyi olabileceği ve değişen aile içi rolleriyle başa çıkabilecek aileler; duyguların serbestçe ifadelerine fırsat veren, ilişkilerde dengeli, iş birliğinin fazla ve çatışmaların az olduğu ailelerdir (Üstüner Top, 2015, s.305, 306).

#### 2.3.5.2. Hemodiyaliz Hatalığının Tedavisinde Ailenin Rolü

Kronik hastalıklarda hastaya uygulanan tedavinin etkili olabilmesi ve bu sürecin olumlu bir şekilde ilerleyebilmesi ile hastaların sunulan tedaviye bağlı ve uyumlu olmaları arasında doğrudan bir ilişki vardır (Dikeç ve Kutlu, 2015, s. 40). Bir başka ifadeyle bir hemodiyaliz hastasında ortaya çıkabilecek tedaviye uyum sorunu, hastaya uygulanan tedavinin başarısını engellemektedir (Tel, Doğan, Özkan ve Çoban, 2010, s. 7-8).

Uyum; karmaşık, göreceli, dinamik ve çok boyutlu bir kavramdır. Anlayabilme, anlam verebilme, baş edebilme ve yönetebilme uyum duyusunu oluşturmaktadır. Her insan bilinmeyene karşı savunmasızdır. Kişi herhangi bir bilinmeyenle karşı karşıya kaldığı zaman bu duruma anlam verebilmesi; kendisine yönelik güven duyması, öz güçlerini harekete geçirmesi ve kullanabilmesi için kişiye bir olanak sunar. Uyum sağlayan kişi ortamı daha iyi anlamlandırarak kendi duygu ve düşüncelerini duruma göre hazırlar ve kendi gücünün farkında olarak güven içinde yaşayabilir (Mollaoğlu, 2012, s. 51).

Hastalık kişilerin uyumunu bozan bir durum olarak tanımlanmaktadır (Tel vd., 2010, s. 7-8). Özellikle kronik hastalıklar; çok yönlü kayıplara, başkalarına bağımlı olmaya ve yaşam biçimlerinde meydana gelen değişikliklere neden olduğundan hastalar uyum sorunları yaşayabilmektedir (Dikeç ve Kutlu, 2015, s. 40). Bu hastalıklar; psikolojik, fizyolojik ve sosyal boyutlarda kişinin yaşamını doğrudan etkileyerek kişiye korku, stres, anksiyete, yalnızlık ve çaresizlik gibi duyguları hissettirir (Mollaoğlu, 2012, s. 51).

Çeşitli hastalıkların sebep olduğu göz önünde bulundurulduğunda kronik bir hastalık olan kronik böbrek yetmezliği genelllikle, primer böbrek hastası olan kişilere kıyasla hipertansiyon, diabetes mellitus gibi sistemik hastalığı olanlarda daha zor seyrettiğinden baş etmek ve uyum sağlamak da daha fazla zorlaşabilmektedir (Ergün ve Aygün, 2015, s. 318). Bununla birlikte tedaviye bağlı olarak meydana gelen fiziksel ve ruhsal sorunlar, geleceğe yönelik belirsizlikler, aile ve iş yaşamı ile ilgili sorunlar, sosyal ve manevi sorunlar hastaların iyilik halini ve uyumunu olumsuz olarak etkilemektedir (Çam, Saka ve Gümüş, 2009, s. 73-74).

Roy Adaptasyon Modeli'ne göre uyum; ortamdaki ya da iç ve dış çevredeki değişikliklere kişi veya kişilerin olumlu yanıtlar vermesidir. Sister Callista Roy, uyum sürecinde kişilerin verdiği davranışsal yanıtları uyumlu (adapif) ve uyumsuz (adapif olmayan) olarak iki sınıfta ele almaktadır. Uyumlu yanıtlar kişinin bütünlüğünü geliştirirken uyumsuz davranışlar bu bütünlüğü olumsuz etkilemeye yöneliktir (Yılmaz, 2017, s. 370). Roy'a göre insan çevresiyle sürekli etkileşim halinde olan ve çevresinde meydana gelen her şeyden etkilenen biyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlıktır. Bu modele göre kişi, iç ve dış uyaranlara yanıt veren ve yeni çevresine uyum göstermeye çalışan açık bir sistemdir (Karacaoğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014, s.40-42).

Her birey, yaşamında ortaya çıkabilecek farklı problemlere belli ölçüde uyum gösterebilme potansiyeline sahiptir (Mollaoğlu, 2012, s. 51; Tel vd., 2010, s. 7-8). Her bireyde var olan bu yeteneğine karşılık hastalık gibi durumlar her hastanın olumsuz etkilediği kaçınılmaz bir gerçektir (Dikeç ve Kutlu,2015, s. 40). Her hastanın kronik hastalığa yanıtı yaşanan koşullara bağlı olarak biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlar yönünden son derece bireyselleştirilmiştir (Coad, Kaur, Ashley, Owens, Hunt, Chambers ve Brown, 2015, s. 45-46; Adistie vd., 2019, s. 1-4).

Bireysel farklılıklar sonucunda kişiden kişiye farklılık gösterebilen hastalık süreci kişiler için değişen yeni duruma uygun olarak bir davranış değişikliğini beraberini getirir (Dikeç ve Kutlu,2015, s. 40). Bu değişikliklere uyum sağlamak çeşitli etkenlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Nitekim uyumda psikolojik etmenler; hastalığın belirti ve bulguları, hastalıkla ilgili daha önce yaşanmış deneyimler, hastalığın ve beraberinde gelen işlev kaybının hasta tarafından anlaşılıp anlamlandırılma düzeyi, hastalığın yaş dönemi için ortaya çıkardığı tehdit düzeyi, kişilik yapısı, kişinin baş etme gücü ve yeteneği, kültürel özellikler ve sosyal destek olarak sıralanabilir (Üstüner Top, 2015, s. 305). Nitekim Taylor ve Dakof'a (1987) göre hastalar için sosyal destek yararlı olup ailenin diğer üyelerinden alınan destek ile uyum arasında önemli bir ilişki vardır (Işıkhan, 2007, s. 20).

Sosyal destek, kişilerin sosyal olarak birbirine bağlılığının faydalı yönlerine atıfta bulunan ve farklı şekillerde tanımlanabilen geniş bir yapıyı ifade etmekte olup kısaca, sosyal çevresinin kişiye stresle başa çıkma kapasitesine fayda sağlamayı amaçlayarak psikolojik ve maddi kaynaklar sağlaması anlamına gelmektedir (Lietz, Lacasse ve Cacciatore, 2011, s. 3-5; Khaira vd., 2012, s. 316-322).

Kapsamlı literatür taraması sonucunda pek çok araştırmada sosyal desteğin etkisini belgelemek mümkündür. Tıbbi çalışmalar ile sosyal destek arasındaki önemli bir ilişki olduğuna yönelik bulgularda sosyal desteğin hasta kişiler için bir tampon görevi gösterdiği görülmektedir. Nitekim sosyal desteğin travmatik olaylardan sonra duygusal sıkıntı ve depresyon azalttığı yönünde kanıtlar vardır (Lietz ve ark., 2011, s. 3-5). Hasta yakınlarının çoğu, hastada ortaya çıkan fiziksel ve zihinsel sınırlamalara rağmen, hasta üyeyi kabul etmekte ve desteklemektedir (Power, 1977, s. 77-78). Bu noktada hasta için

en büyük sosyal destek diğer aile üyeleri tarafından verilmektedir (Zhang, Zheng, Qiu, Zhao ve Zang, 2020, s. 559-562).

Uyum, tüm tedaviler için başarının ana unsuru olarak kabul edilmektedir (Dikeç ve Kutlu, 2015, s. 40). Özellikle herhangi bir kronik hastalık ile yaşamanın anahtarı kuşkusuz başarılı bir uyumdur (White, Smith ve O'Dowd, 2005, s. 10). Tedaviye uyumun yalnızca reçete edilen ilaçların kullanılması şeklinde sınırlı bir anlamı olmayıp sağlık personellerinin tüm önerilerine uyan hastada davranış değişikliğinin meydana gelmesi gibi geniş bir yelpazede düşünülmelidir (Dikeç ve Kutlu,2015, s. 40).

Ailenin hastaya vermiş olduğu sosyal destek, hastanın hastalık ve tedaviye uyumunda ana etkendir. Ailesiyle olan ilişkileri olumlu olan hastaların, hastalık sürecindeki yaşam kalitesinin daha iyi olduğu araştırmalarca desteklenmektedir (Sarı, 2008). Nitekim pek çok araştırma sosyal desteğin, aile refahı ve sağlık sonuçlarını optimize etmede başa çıkma kaynağı olabileceğini göstermiştir. Tedaviyi anlama, anlamlandırma ve baş etme noktasında yüksek sosyal desteğe sahip olan hastaların nispeten daha az sosyal desteğe sahip olan hastalara kıyasla daha iyi idare ettiği ortaya çıkmaktadır (Heykyung Oh ve Othelia Lee, 2009, 150-155). Dolayısıyla aile kurumu, hasta için önemli bir destek konumunda olup, aile üyeleriyle kurulan iyi ve olumlu iletişim, hasta aile üyesi için uygun tedavisinin sağlanmasının önemli bir parçasıdır (Latchem, Kitzinger ve Kitzinger, 2016, s. 22-24).

Hastalık durumunun kişilerin beden imajını ve işlevselliklerinin olumsuz etkilenmesi sonucunda hastaların özgüven duyguları büyük ölçüde azalabilmektedir (Çam, Saka ve Gümüş, 2009, s. 73-74; Üstüner Top, 2015, s.306). Bu noktada ise hastanın vücut imajı ve rolleriyle ilgili olan kişisel, fizyolojik ve spritüel kavramları içine alan "benlik kavramı" gündeme gelmektedir (Üstüner Top, 2015, s. 306).

Benlik kavramı; kişinin kendini algılaması ya da kişinin çeşitli kişilik özelliklerine yönelik kendinde bulunuş derecesi hakkındaki yapmış olduğu değerlendirmelerinin bütünü olarak tanımlanmaktadır. Kişinin istekleri, başarıları ile fiziksel, sosyal, psikolojik ve duygusal özellikleri hakkında kendini beğeni durumu, düşüncelerinin bir bileşimidir (Üstüner Top, 2015, s. 306; Tel ve Ertekin Pınar, 2012 s. 62). Tanının öğrenilmesiyle birlikte tedavinin başlamasıyla hastalar; tedavinin yan etkileri, ağrı, yorgunluk, anksiyete, umutsuzluk, depresyon, ekonomik ve sosyal kayıplar, kişisel kontrol kaybı, seksüel

fonksiyon bozukluğu ve benlik kavramında değişme gibi sorunlar yaşamaktadır (Özmen, 2007, s. 76-77; Kavradım ve Özer, 2014, s. 157; Parlar Kılıç, 2017, s. 41-42).

Kronik hastalıklarda tedavinin olumlu ilerlemesi hasta kişinin kendisine güvenmesi ile yakından ilişkilidir. Benlik kavramı, kişileri öğrenmeye, keşfetmeye, çalışmaya, problem çözmeye ve başarıya yönlendirirken; benlik kavramındaki olumsuzluğun kişilerin yaşamla mücadelesinde isteksizliğe ve çaresizlik duygularına yönelttiği bilinmektedir. Fakat sağlığın bozulması, diğer kişilere kıyasla bedende meydana gelen değişimler ve fiziksel kusurlar gibi durumlar olumsuz benlik kavramının oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Üstüner Top, 2015, s. 306).

Benlik saygısı gelişimi kişilerin çevresindeki kişilerden aldığı değerlendirme ile doğrudan ilişkilidir. Kişinin sevilip sayılması ve değer görmesi kişilerin benlik saygısını beslemekte ve bu gereksiniminde doyum sağlamalarına olanak sağlamaktadır (Tel, ve Ertekin Pınar, 2012 s. 62). Dolayısıyla hastanın kabul etmesi ve değişen benliğinin yeniden onarılmasında aile üyelerinin rolü büyük önem taşımaktadır. Nitekim Power' e (1977) göre ailelerin desteği hastaların karşılaştığı güçlük ve beraberinde gelen benliğindeki olumsuzluklarda bir katalizör görevi görmektedir.

Hastalık sürecinde hastaya en büyük desteği veren ve tedaviyi etkileme potansiyeline sahip olan ailenin hasta aile üyesine verdiği önem bazen süreci yönetmekten ziyade bağımlılığa teşvik edebilmektedir (White, Smith ve O'Dowd, 2005, s. 13). Dolayısıyla bu süreçte hastanın ailelere bağımlı olması önemli bir endişe kaynağıdır. Çünkü hastalar özerkliklerini kaybedip ailelerine bağımlı olurlarsa benlik saygısı kaybederler ve suçluluk yaşayabilirler ki şüphesiz bu sonuç tedaviyi olumsuz etkileyecektir (Karasouli vd., 2014, s. 899-908).

Payne'ye (2007) göre aile ve sosyal çevre, kişisel hedeflerini gerçekleştirmesi için hastaya yardımcı ve destekleyici olduğu kadar pek çok yönden engelleyici de olabilmektedir. Ailenin bu tutumu hastanın hastalık sürecini iyi ya da kötü geçirmesinde belirleyicidir (Tuncay, 2013, s. 146). Nitekim olumsuz aile tutumları hastalığa uyumu da zorlaştırabilir. Tedaviye uyumsuzluk ise kişinin işlevselliğinin bozulması, aileye ve topluma ekonomik yükün artması, iş gücü kaybı, mesleki ve ailesel sorunların ortaya çıkması, hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin düşmesi, morbidite ve mortalitenin artması olarak sonuçlanmaktadır (Tel vd., 2010, s. 7-8; Dikeç ve Kutlu,2015, s. 41).

### 2.3.5.3. Hemodiyaliz Hastalarında Aile Danışmanlığı Gereksinimi

Aile sistem yaklaşımı, aile ve dinamiklerini anlamada birkaç önemli varsayım ileri sürmektedir. Bu varsayımlar; aile yapısı, aile etkileşimi, aile işlevleri ve aile yaşam döngüsüdür (Özabacı ve Erkan, 2017). Aile işlevleri toplumdan topluma farklılık göstermekle birlikte genel olarak; soyun devamını getirme, boş zamanı verimli değerlendirme ve sosyal, psikolojik, eğitimsel, ekonomik, cinsel ve kültürel doyum sağlamak olarak evrenselleşmiştir (Çilingir, 2018, s. 85; Kır, 2011, s. 14). Bu işlevleri yeterli bir şekilde yerine getirebilen aileler sağlıklı aile olarak tanımlanmaktadır. İşlevlerini yerine getiren aileler problem çözme, stresle baş etme, sevgi paylaşımında bulunma gibi maddi ve manevi pek çok noktada huzur ortamı oluşturabilirken; işlevlerini yeterince yerine getiremeyen ailelerde çatışma ortamları oluşabilmektedir (Kır, 2011, s. 19).

Hemodiyaliz hastasının, sosyal işlevselliğini büyük oranda yitirmesiyle birlikte aile içi işlevlerini yerine getirmede güçlük yaşadığı bir gerçektir (Meriç ve Oflaz, 2013, s. 22). Nitekim hemodiyaliz hastasını hastalığın kendisi kadar tedavisi de bedensel, mental ve sosyal yönden olumsuz etkilediği bilinmektedir (Küçükünal vd., 2015 s. 23). Hemodiyaliz tedavisi pahalı ve zaman alıcı bir tedavi yöntemidir. Uzun süreli hemodiyaliz tedavisinin kendisi genellikle aileye bağımlılığa, özgürlük kaybına, evlilik, aile ve sosyal hayatın bozulmasına ve ekonomik gelirin azalmasına ya da kaybedilmesine sebep olmaktadır (Sathvik vd., 2008, s. 141).

Aile stabik bir kurum değildir. Tüm toplumlarda olduğu gibi toplumumuzda da aile temel bir kurum toplumsal değişimlerin tüm dinamiklerinden en hızlı etkilenen kurumdur (Mavili Aktaş, 2013). Dolayısıyla hastaların yaşam kalitesini azaltan hastalık olgusu, aileleri de doğrudan etkilemektedir. Bununla birlikte hemodiyaliz hastasının ailesi olmak hastanın yaşamakta olduğu sağlık, ekonomik, psikolojik, sosyal ve cinsel sorunlardan doğrudan etkilenmeyi kaçınılmaz kılmakta ve tüm aile üyelerinin yaşam tarzlarını pek çok yönden değiştirebilmektedir. Rolland'a (1984) göre hastalık durumunun belirli bir kişi veya aile üzerindeki etkisi genel olarak hasta olan kişiyle birlikte ortaya çıkan yetersizlik türünün, hastalık öncesi dönemde hasta aile üyesi tarafından yerine getirilen rollerle etkileşime bağlıdır.

Aile sistemi, homeostatik dengesini kuran bir sistemdir (Özabacı ve Erkan, 2014). Aile kurumu ve yapısında meydana gelebilecek değişiklik aile rollerini de değiştirebilmektedir (Yurtsever Kılıçgün, 2015, 511-512). Nitekim hemodiyaliz hastalarının sağlık, ekonomik, psikolojik, sosyal ve cinsel gibi faklı boyutlarda yaşamış olduğu sorunlar, aile içi iletişimin ve ailede tanımlanmış olan rollerin değişimine sebep olabilmektedir. Bu doğrultuda ailedeki roller değişerek, hemodiyaliz hastalığı sonrasında çalışamayan baba yerine annenin iş hayatına atılabilmesi ya da hasta anne yerine diğer aile üyelerinin ev işleriyle ilgilenebilmesi, aile sisteminin hastalık olgusu sonrasında yaşanan değişimler ile tekrar bir denge kurmaya çalışmasına bir örnektir.

Kronik bir hastalık sonrasında hasta ve aileleri hayatın fiziksel ve psikososyal taleplerine iyi derecede uyum gösterse de bu süreç içerisinde mücadele ettikleri zamanlar olacaktır (Karasouli vd., 2014, s. 899-908). Özellikle geleceğin belirsiz olması, bir aile için dengeli bir bakış açısını sürdürmeyi son derece zorlaştırabilen bir durumdur. Dolayısıyla bu durumda aileler, aile bütünlüğünü koruyan problem çözme becerilerinden uzaklaşabilmektedirler (Rolland, 1984, s. 250). Çünkü kronik bir hastalığın ortaya çıkması daha önce aile yaşamında mevcut uyuma karşı oldukça zorlu bir meydan okuma oluşturduğundan büyük bir yaşam krizi olarak kabul edilmektedir (Power, 1977, s. 78).

İnsanlar zaman zaman pek çok farklı kriz ve sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bu sorunların çoğu kendilerinin çabası veya aile, arkadaş gibi yakınlarının yardımı ile çözüme kavuşur. Bazen ise başka kişilere danışma ihtiyacı hissedilebilir ve genellikle sahip olunan kaynak ve imkanlar sorunların çözülmesi içi yeterli olur. Fakat öyle ihtiyaç ve sorunlar vardır ki giderilmesi, psikolog, psikiyatrist ya da sosyal hizmet uzmanı gibi belirli meslek elemanlarına başvurarak mesleki ve profesyonel bir hizmetten yararlanmayı gerektirir (Turan, 1999, s. 1).

Kronik hastalıkların gün geçtikçe artması ve kronik hastalıkla geçirilen bir hayatın önemli özellikleri arasında uykusuzluk, yorgunluk, cinsellik, yakın ilişkilerde sorunlar, duygusal ve sosyal zorluklar ile aile anlayışı ve desteğinin bulunuyor olması kronik hastalıklar için bir rehabilitasyon sürecinin önemine işaret etmektedir (Gürdil Yılmaz, 2017, s. 482). Bu noktada aile perspektifini anlamak önemlidir. Aile üyeleri hasta için önemli bir destek ve kritik bir bilgi kaynağıdır. Ailelerle iyi iletişim gerek aile refahı için gerekse hastalar için

uygun bakım tedavisinin sağlanmasının önemli bir parçası olacaktır (Latchem vd., 2016, s. 22-24).

# 3. YÖNTEM

## 3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, hemodiyaliz hastalarının psikososyal boyutlarıyla kapsamlı bir şekilde aile değerlendirmelerini yaparak aile danışmanlığına olan gereksinim durumlarını ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Bu amacı taşıyan çalışma, nicel araştırma yöntemine uygun bir şekilde tasarlamış olup tarama modellerinden ilişkisel tarama modeline göre planlanmıştır.

Nicelik, bir şeyin ölçülebilen, sayılabilen ve azalıp çoğalabilen özellikleri olarak tanımlanır. Dolayısıyla nicel araştırma sonucu ulaşılan bilgiler kişisel yargılardan uzak olup herkesin üzerinde anlaşabildiği nesnel niteliktedir. Araştırma sonucunda daha fazla kesinlik taşıması bakımından araştırmanın başında düşünülen hipotezler matematiksel ve istatistiksel teknikler kullanılarak test edilir ve sayısal verilere ulaşılır (Bilici ve Bilici, 2018, s. 12).

Nicel araştırma yönteminin bir araştırma yaklaşımı olan tarama modeli, geçmişte veya günümüzde varlığını sürdüren bir durumu olduğu gibi betimlemeyi amaçlamaktadır. Araştırmaya konu olan birey, nesne veya olay, var olduğu şekliyle ve kendi koşulları içerisinde tanımlamaya çalışır. Bu araştırma yaklaşımında önemli olan gözlemlemek olup var olanı etkilememek ve değiştirmemek gerekmektedir. Birden çok olası nedenlerin olabileceği ve ayrıca değişkenleri kontrol etme fırsatı olmadığından tarama modeli ile elde edilen sonuçlar değişkenlerin durumunu yordamaya ilişkin sadece ipucu verebilir fakat gerçek "sebep-sonuç" içeresinde yorumlanamamaktadır. Tarama modelinin bir türü olan ilişkisel tarama ise "karşılaştırmayla elde edilen ilişki" ve "korelasyon türü ilişki" olmak üzere iki yolla elde edilen ve iki veya daha fazla değişkenler arasındaki ilişkiyi, birlikte değişimi ve bu değişimin ne derecede olduğunu belirleyen araştırma modelidir (Karasar, 2014, s. 75-81).

## 3.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evreni Konya İl Merkezinde faaliyette bulunan Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu ve özel sektöre ait hemodiyaliz merkezlerinde KBY nedeniyle hemodiyaliz tedavisi almakta olan hastalar olarak belirlenmiştir. Karasar'a (2014)

göre genel evren tanımlanması kolay fakat ulaşılması zor ve hatta çoğu zaman olanaksız olan soyut bir kavramdır. Ulaşılabilen evren, çalışma evrenidir ve somuttur. Konya'da toplam 7 hemodiyaliz ünitesi bulunmakta olup bu merkezler arasında yalnızca 4'ünden izin alınabilmesi sebebiyle araştırmanın başında çalışma evreni, 4 hemodiyaliz ünitesinde tedavi görmekte olan hastalar olarak belirlenmiştir. Buna karşın veri toplama araçlarının uygulanabilmesi için öncesinde izinleri alınmış ve örneklem olarak kabul edilmiş fakat pandemi süreciyle aldığı güncel kararlar sebebiyle 1 devlet ve 1 özel diyaliz merkezinde uygulama gerçekleştirilemediğinden veri toplama araçlarının uygulanması planlanan 2'si devlet 2'si özel toplam 4 diyaliz merkezi sayısı zorunlu olarak 2'ye düşürülmüştür. Bu doğrultuda araştırmanın çalışma evreni, Konya merkezde bulunan biri devlete ve diğeri özel sektöre ait iki hemodiyaliz ünitesinde tedavi görmekte olan hastalar olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın örneklemini, çalışma evrenini oluşturan hastanelerde hemodiyaliz tedavisi görmekte olup araştırmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan olasılık temelli (yansız) örnekleme türünden eleman örnekleme tekniği ile belirlenen toplam 144 hemodiyaliz hastası oluşturmuştur. Eleman örnekleme, evrende bulunan elemanların her birinin eşit seçilme ihtimaline sahip durumda gerçekleştirilen örneklemedir (Karasar, 2014, s. 112-113).

Örneklem alınmasında asıl önemli olan husus, örneklemin evreni temsil edebilme yeterliliğine sahip olmasıdır ki bu noktada evrenin temsiliyeti için hangi büyüklükte bir örneklemin gerekliliği önem kazanmaktadır (Balcı, 2018, s.106). Bu çalışmanın çalışma evreni için seçilen kamu hastanesinde 73 kişi, özel sektöre ait hastanede 150 kişi olmak üzere toplamda 223 hemodiyaliz hastasının bulunduğu tespit edilmiştir. Buna göre araştırma evreninde yer alan 223 hastadan %95 güven aralığı ve %5 örnekleme hatası göz önünde bulundurularak aşağıda gösterilen hesaplamalar sonucu örneklemi oluşturacak kişi sayısının 141 olduğu saptanmıştır.

$$n = \frac{N * t^2 p * q}{(N-1)d^2 + t^2 * p * q} \qquad n = \frac{223 * (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}{(222)(0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.50 * 0.50} = 141$$

***N:*** *Çalışma Evrenindeki kişi sayısı*

***n****: Örnekleme alınacak birey sayısı*

***p**:İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)*

***q**:İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)*

***t:** Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer*

***d**: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatası*

Araştırmaya aşağıda belirtilen ölçütleri taşıyan hemodiyaliz hastaları dahil edilmiştir:

- 18 yaş üstünde olma,
- Hemodiyaliz tedavisini en az üç aydır alıyor olma,
- Medeni durum bakımından evli, eşi ölmüş, boşanmış ya da ayrılmış olma.

## 3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özelliklerine, hemodiyaliz sürecine, hastanın ailesine, aile danışmanlığına olan gereksinime ve aile değerlendirmelerine ilişkin bilgileri toplamak üzere iki farklı veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlardan biri "Anket Formu" (Ek 2) diğeri ise "Aile Değerlendirme Ölçeği"dir (Ek 3).

### 3.3.1. Anket Formu

Literatürde aile danışmanlığı gereksinimini ele alan herhangi bir ölçüm aracının bulunmaması sebebiyle araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda (Baltacı, 2010; Yılmaz, 2016; Göç, 2006; Dane, 2015; Akbulut Çavuş, 2016; Sermenli Aydın, 2018; Yazgan, 2012; Doğrusöz, 2015; Başarır ve Pakyüz, 2015; Kabakaş, 2016; Kulaksızoğlu, 2008; Ceylan, 2007; Güngör, 2018; Işıldar, 2018; Mutlu, 2007; Bülbül, 2010; Yavuz, 2018; Demir Hacımusalar, 2005; Sevindik, 2017; Asan, 2007) Anket Formu hazırlanmış olup bu Anket Formu'nda; demografik özellikler, hemodiyaliz sürecine ilişkin sorular, hastanın ailesine ilişkin sorular ve aile danışmanlığına olan gereksinime ilişkin sorular olmak üzere toplam 27 soru bulunmaktadır.

Ankette yer alan 1-11. sorular hastaların; cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, kimlerle birlikte yaşadığı, mesleği, çalışma durumu, ortalama gelir durumu ve sosyal güvence durumuna ilişkin bilgileri içeren tanımlayıcı sorulardan oluşmaktadır.

Ankette yer alan 12-20. sorular hastaların; hemodiyaliz tedavisi alma süresi, haftalık hemodiyaliz seans sayısı, hemodiyaliz seans süresi, hemodiyaliz seansını önerilen zamandan önce terk etme durumu, düzenli ilaç kullanma durumu, hemodiyaliz dışında hastalık sahibi olma durumu, hemodiyaliz dışında tedavi alma durumu, günlük yaşamını sürdürmek için yeterli güce ve enerjiye sahip olduğunu düşünme düzeyi ve hemodiyaliz hastalığınız nedeniyle günlük hayatta yaşanan değişikliklere ilişkin bilgileri içeren hemodiyaliz sürecine ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

Ankette yer alan 21-26. sorular ise hastaların; sosyal destek alma durumları, daha önce aile danışmanlığı hizmeti alma durumu, Tedavi boyunca aile danışmanlığı hizmeti isteme, aile danışmanı ile konuşulmak istenilen konular ve geleceğe yönelik bakış bilgilerini içeren hastanın ailesine ve aile danışmanlığına olan gereksinime ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

### 3.3.2. Aile Değerlendirme Ölçeği

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), orijinal ismi ile "McMaster Family Assesment Device", Butler Hastanesinin "Aile Araştırma Programı" ve Amerika Birleşik Devletleri Brown Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ve İnsan Davranışları Bölümü iş birliğinde geliştirilmiştir. Ölçek, aile işlevlerini ele almakta olup genel olarak ailenin işlevini yerine getirme durumunu ölçerek ortaya çıkan sorun alanlarını belirlemeyi amaçlamaktadır.

12 yaşın üstünde olan tüm aile üyeleri için uygulanabilir olan ADÖ, toplam 60 soruyu içermekte olup kendi içerisinde yedi alt ölçeği barındırmaktadır. Ölçeğin bu alt boyutları; problem çözme, duygusal tepki verebilme, iletişim, roller, davranış kontrolü, gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevlerdir.

Aile Değerlendirme Ölçeğinin 2, 12, 24, 38, 50, 60 numaralı soruları "Problem Çözme Alt Ölçeği" ile ölçülmektedir. Bu ölçek ailenin işlevini etkili bir şekilde yerine getirebilmesinde maddi ve manevi problemleri çözebilme becerisi şeklinde açıklanmakta olup, problemin ortaya çıkışından çözümlenmesine kadarki dönemi kapsamaktadır.

Aile Değerlendirme Ölçeğinin 9, 19, 28, 39, 49 ve 57 numaralı soruları "Duygusal Tepki Verebilme Alt Ölçeği" ile ölçülmektedir. Bu ölçek, çeşitli uyaran karşısında aile üyelerinin en uygun tepkiyi verebilmesi ve mutluluk, sevgi, neşe gibi güzel duygularla

birlikte üzüntü, kızgınlık, korku gibi acil durumları da kapsayan her türlü duyguyu sözle ya da hareketle ifade edip edemediğini ölçmeyi amaçlamaktadır.

Aile Değerlendirme Ölçeğinin 3, 14, 18, 22, 29, 35, 43, 52 ve 59 numaralı soruları "İletişim Alt Ölçeği" ile ölçülmektedir. Bu ölçek, aile içerisinde etkili bir iletişimin olup olmadığını ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu doğrultuda ölçek, üyelerin söylemek istediklerinin doğrudan ifade edebilmeleri ve kişiler arası sözlü iletişimde içeriğinin açık olup olmadığı gibi hususlar üzerinde durmaktadır.

Aile Değerlendirme Ölçeğinin 4, 8, 10, 15, 23, 30, 34, 40, 45, 53, 58 numaralı soruları "Roller Alt Ölçeği" ile ölçülmektedir. Ailenin maddi ve manevi gereksinimlerini karşılayan davranış kalıpları olarak tanımlanan roller alt ölçeği ile bakıp büyütme, kaynaklarının kullanımı, aile sistemini idare etme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama gibi konularda aile içerisinde görevlerin belirgin ve eşit bir şekilde dağılımı ile görevlerin sorumlu olarak aile üyelerince yerine getirilip getirilmemesini ölçmektedir.

Aile Değerlendirme Ölçeğinin 7, 17, 20, 27, 32, 44, 47, 48 ve 55 numaralı soruları "Davranış kontrolü gösterme alt ölçeği" ile ölçülmektedir. Bu ölçek, ailenin ve aile üyelerinin sahip olduğu davranışlara standart koyma ve disiplin sağlama şekli olarak tanımlanma olup sosyal ve psikolojik tehlike karşısında meydana gelen aile davranışlarını değerlendirilmeyi amaçlamaktadır.

Aile Değerlendirme Ölçeğinin 5, 13, 25, 33, 37, 42 ve 54 numaralı soruları "Gereken İlgiyi Gösterme Alt Ölçeği" ile ölçülmektedir. Bu ölçek, kişilerin aile içinde birbirlerine gösterdiği ilgi, sevgi ve bakımı içermektedir. Birbirleriyle az ya da çok ilgilenen aileler, söz konusu aile işlevini yerine getirmede yeterli görülmezken en sağlıklı ailelerin üyeleri arasında orta derecede ilgi bulunması eklenmektedir. Nitekim çok ilgilenme, ailede bağımlılık olgusunun olabileceğini düşündürmekte, az ilgilenme ise, aile üyeleri arasındaki sevgi ve ilgi gösteriminin az olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Aile Değerlendirme Ölçeğinin 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51 ve 56 numaralı soruları ise "Genel Fonksiyonlar Alt Ölçeği" ile ölçülmektedir. Bu ölçek, yukarıda belirtilmiş olan altı alt ölçeği de kapsayacak şekilde ailenin sağlıklı olup olmadığına yönelik bilgi toplamayı ve bu konuda genel bir değerlendirme yapmayı amaçlamaktadır.

Ölçek dörtlü likert tipi sorulardan oluşmakta olup, olumlu ölçek maddelerine verilen yanıtlar “Aynen katılıyorum=4”, “Büyük ölçüde katılıyorum=3”, “Biraz katılıyorum=2” ve “Hiç katılmıyorum=1.00” olacak şekilde puanlanırken, olumsuz ölçek maddelerine verilen yanıtlar ters puanlanmıştır. Alınan puan arttıkça aile değerlendirmesinin olumlu olduğu göstermektedir. Buna göre ölçekten alınan yüksek puan aile değerlendirmesine ilişkin sağlıklı durumu ifade etmektedir. Ölçekte 2.00 puanı, kırılma noktasını oluşturmakta ve aile işlevinde bu puanın altında alınan puanlar ilgili işlevin sağlıksızlığa gidişi anlamına gelmektedir.

Ölçeğin 1983 yılında Epstein ve Bishop tarafından yurtdışı geçerlilik çalışması yapılmış olup Türkçe Formun Güvenirliği ve Geçerlilik uyarlama çalışması ise Bulut (1990) tarafından gerçekleştirilmiştir. Alt ölçeklerin iç tutarlık katsayıları Cronbach-alfa ile değerlendirilmiş ve .38 ile .86 arasında değiştiği saptanmıştır.

Bu araştırmada elde edilen verilere ilişkin Cronbach-alfa değerleri incelendiğinde ölçek geneline ilişkin Cronbach-alfa değeri 0,983 bulunmuştur. Bu durum ölçeğe verilen yanıtların güvenilir olduğunu göstermektedir.

Çalışmada normal evlilik seyrinde olan 25 çift ve boşanma aşamasında bulunan 25 çifte uygulanmış ve her iki grubun almış oldukları puan ortalaması ile tüm alt boyutları test etmek amacıyla ayrı ayrı t test kullanılmıştır. Alt ölçeklerin puan ortalamaları incelendiğinde aralarında anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir. İçinde ruh hastası olan ve olmayan aile üyeleri üzerinde uygulanması sonucunda da iki grup arasında anlamlı bir farkın varlığı görülmüştür. Tüm bu sonuçlar ölçeğin farklı grupları anlamlı düzeyde birbirinden ayırt ettiğini göstermektedir (Bulut, 1990).

### 3.4. Veri Toplama Süreci

Veri toplama araçlarının uygulanabilmesi amacıyla KTO Karatay Üniversitesi Etik Kurulu (EK 4) ve Konya İl Sağlık Müdürlüğü’nce (EK 6) alınan izinler doğrultusunda 2020 yılının 15 Şubat-15 Temmuz tarihleri arasında planlanan veri toplama sürecine, Türkiye'deki ilk COVID-19 vakasının Mart ayı itibarıyla baş göstermesi ve ülke genelinde ancak 1 Haziran 2020 tarihinde normalleşme sürecinin başlatılması sebebiyle bir süre ara verilmiştir. Araştırmanın pilot uygulaması ise Şubat ayında gerçekleştirilmiştir.

Veri toplama araçlarının uygulanabilmesi için öncesinde izinleri alınmış ve örneklem olarak kabul edilmiş bazı diyaliz merkezi yetkililerinin pandemi süreciyle aldığı güncel kararlar sebebiyle 1 devlet ve 1 özel diyaliz merkezinde uygulama gerçekleştirilemediğinden araştırmanın başında veri toplama araçlarının uygulanması planlanan 2'si devlet 2'si özel toplam 4 diyaliz merkezi sayısı zorunlu olarak 2'ye düşürülmüştür. Araştırmanın evreni dahilinde Mart ayından önce veri toplama araçlarının uygulamasının başlatıldığı devlet hastanenin bu süreçte pandemi hastanesi olarak hizmet vermesi sebebiyle gerek araştırmacının gerekse katılımcıların sağlığının güvenliği için bu hastanede yapılan uygulamaya ara verilmiş ve kalan veri toplama dokümanları özel diyaliz merkezinde bulunan hastalardan araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan hastalara uygulanmıştır.

01.06.2020 tarihinden itibaren KTO Karatay Üniversitesi Covid-19 Etik Kurul İzni (EK 5) ile veri toplama sürecine devam edilmek istenmiş ve örneklem grubuna çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek araştırmacı tarafından hazırlanan bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu (Ek 1) imzalayan hastalara anket formu (EK 2) ve uygulayabilmek için öncesinden izni alınmış olan (EK 7) Aile Değerlendirme Ölçeği (EK 3) uygulanmaya devam etmiştir. Hastalardan bazıları farklı nedenlerle (ileri düzeyde hasta veya yaşlı olma, araştırma sorularını anlayamama, yabancı uyruklu olma ve dil bariyerleri, pandemi sebebiyle katılım konusunda çekimserliklerin olması ve gönülsüz olma vb.) araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmanın veri toplama araçları olan "Anket Formu" ve "Aile Değerlendirme Ölçeğinin" içerdiği madde sayılarının bir hemodiyaliz hastası için fazla olması ve araştırmaya dahil olan hastaların araştırmanın veri toplama araçlarında yer alan maddelere içtenlikle, doğru ve ojektif bir şeklilde yanıt verebilmesi için uygulamaya geçmeden önce hastalarla imkanlar dahilinde kısa bir sohbet edilmeye özen gösterilmiştir. Özellikle hemodiyaliz merkezi çalışanlarının da yardımı ile hasta ve araştırmacı arasındaki güven ilişkisi kurulduktan sonra hastaların aile konularına ilişkin bilgileri araştırmacıyla daha rahat paylaştığı gözlemlenmiştir. Yaklaşık 4 saatlik bir tedavinin akabinden hastaların oldukça yorgun düşmesi ve tedavinin son dakikalarını çoğu hastanın uyumayarak geçirmeyi tercih etmesi, araştırmacının veri araçlarını hemodiyaliz tedavisinin ilk 2 saatinde uygulamaya çalışmasını gerektirmiştir. Araştırmanın veri toplama araçları uygularken yemek saatinin başlaması üzerine birkaç hastayla yapılan uygulama bölünmüş olup yemek sonrasında kalan soruların hastaya yöneltilmesiyle

uygulama toplam 2 görüşme ile tamamlanmıştır. Bunun haricinde veri toplama araçlarının uygulanması genellikle tek seferlik görüşme ile gerçekleştirilmiştir. Damar yolu erişimlerinin zarar görmemesi için ancak araştırmacının yardımı ile uygulamaya katılabilmiş olup yüz yüze fakat sosyal mesafe, maske, hijyen gibi kurallara uygun bir şekilde veriler toplanmıştır. Hasta profilinin genellikle gün aşırı olarak (pazartesi-çarşamba-cuma ya da salı-perşembe-cumartesi) hemodiyaliz tedavisi alması sebebiyle kısa sürede pek çok hastayla görüşülmüş ve araştırma için gerekli örneklem sayısına ulaşılmıştır.

### 3.5. Verilerin Analizi

Araştırma kapsamına alınan katılımcılara ilişkin verilerin analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 programı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine, hastalığa ilişkin özelliklerine ve destek alma durumlarına göre dağılımları frekans analiziyle tespit edilmiş ve dağılım tabloları ile gösterilmiştir. Tablolarda katılımcıların Aile Değerlendirme Ölçeği'nden ve ölçekte yer alan alt boyutlardan aldıkları puanlara ait ortalama, standart sapma, en küçük ve en büyük değer gibi tanımlayıcı istatistiklere de yer verilmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine, hastalığa ilişkin özelliklerine ve destek alma durumlarına göre Aile Değerlendirme Ölçeği'nden ve ölçekte yer alan alt boyutlardan aldıkları puanların karşılaştırılmasında kullanılacak olan hipotez testlerinin belirlenmesi maksadıyla verilerin normal dağılıma uyum durumu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Normallik Testi ile incelenmiş ve normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Buna göre katılımcıların demografik özelliklerine, hastalığa ilişkin özelliklerine ve destek alma durumlarına göre Aile Değerlendirme Ölçeğinden ve ölçekte yer alan alt boyutlardan aldıkları puanlarının karşılaştırılmasında non-parametrik hipotez testleri kullanılmıştır. Bağımsız değişkenin iki gruptan oluştuğu karşılaştırmalar Mann-Whitney U testiyle, üç ve daha fazla gruptan oluştuğu karşılaştırmalar ise Kruskal-Wallis H testiyle test edilmiştir. Araştırma %95 güven düzeyinde ($\alpha$=0,05) gerçekleştirilmiştir.

Çalışma kapsamında ele alınan sosyodemografik özelliklerden medeni durum ve eğitim durumu sorularının yanıtlarına ilişkin kategorilerde, veri frekansından kaynaklı birtakım değişikliklere gidilmiştir. Araştırmaya katılan toplam 144 hemodiyaliz hastalarının

98’inin “evli”, 5’inin “ayrılmış” (evi terk etmiş, terk edilmiş ya da boşanma aşamasında), 28’inin “eşi ölmüş” ve 13'ünün “boşanmış” olduğu tespit edilmiştir. Ayrılmış, eşi ölmüş ve boşanmış hasta sayılarının normal dağılım sergilememesi ve istatistiksel analizin gerçekleştirilebilmesine engel teşkil etmesi sebebiyle bu 3 kategori bileştirilerek ele alınmıştır. Bu doğrultuda medeni durum 4 kategori yerine evli ve diğer (eşi ölmüş, ayrılmış, boşanmış) olmak üzere 2 kategoriyle sınırlandırılmıştır. Aynı gerekçeyle eğitim durumu değişkeninde de benzer bir düzenlemeye gidilerek lise ve üniversite seçenekleri aynı kategoride ele alınmıştır. Nitekim eğitim durumları incelendiğinde 144 hastadan 32’sinin “okur-yazar değil”, 66’sının “ilkokul”, 22’sinin “ortaokul”, 17’sinin “lise”, 6’sının “üniversite” olduğu tespit edilmiş olup eğitim durumu “lisansüstü” olan herhangi bir hastanın olmadığı görülmüştür. Bu doğrultuda eğitim durumu 6 kategori yerine 4 kategori (okur-yazar değil, ilkokul, ortaokul ve lise/üniversite) üzerinden hesaplanmıştır.

# 4. BULGULAR

Bu bölümde verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Bu doğrultuda sırasıyla hemodiyaliz hastalarını tanımlayıcı bulgular, hemodiyaliz tedavisine ilişkin bulgular, aile yaşamı ve aile danışmanlığı gereksinimine ilişkin bulgular ile hipotez testlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

## 4.1. Hemodiyaliz Hastalarını Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı bilgiler, "Hastaların sosyo-demografik özellikler" (Tablo 1) ve "Hastaların sosyoekonomik özellikler" (Tablo 2) olarak iki ayrı tabloda incelenmiştir. Bu doğrultuda Tablo 1'de sırasıyla; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı ve birlikte yaşanılan kişiler bilgisine ilişkin bulgulara değinilmektedir. Tablo 2'de ise sırasıyla; çalışma durumu, çalışamama nedeni, aylık gelir ve sosyal güvence bilgisine ilişkin bulgulara değinilmektedir.

**Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri (N=144)**

| | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| **Cinsiyet** | | |
| Kadın | 67 | 46,53 |
| Erkek | 77 | 53,47 |
| **Yaş grubu** | | |
| 50 yaş ve altı | 22 | 15,28 |
| 51-64 yaş | 61 | 42,36 |
| 65 yaş ve üstü | 61 | 42,36 |
| **Eğitim durumu** | | |
| Okur-yazar değil | 32 | 22,22 |
| İlkokul | 67 | 46,53 |
| Ortaokul | 22 | 15,28 |
| Lise/Üniversite | 23 | 15,97 |
| **Medeni durum** | | |
| Evli | 98 | 68,06 |
| Diğer (Eşi ölmüş/Ayrı/Boşanmış) | 46 | 31,94 |

| | | |
|---|---|---|
| **Çocuk sahibi olma durumu** | | |
| Var | 129 | 89,58 |
| Yok | 15 | 10,42 |
| **Çocuk sayısı (n=129)** | | |
| 1-2 çocuk | 54 | 42,19 |
| 3-4 çocuk | 53 | 41,41 |
| 5 çocuk ve üzeri | 21 | 16,41 |
| **Birlikte yaşanan kişiler (Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.)** | | |
| Eş | 91 | 63,19 |
| Çocuklar | 86 | 59,72 |
| Anne ve baba | 19 | 13,19 |
| Kardeşler | 5 | 3,47 |
| Yalnız | 12 | 8,33 |
| Diğer | 16 | 11,11 |

Tabloda 1'deki verilere göre, araştırmaya alınan hemodiyaliz hastalarının %46,53'ü kadın, %53,47'si erkektir. Hemodiyaliz hastalarının %15,28'i 50 yaş ve altı, %42,36'sı 51-64 yaş arası ve yine %42,36'sı 65 yaş ve üstüdür.

Hemodiyaliz hastalarının eğitim durumu dağılımlarına bakıldığında %22,22'sinin okur-yazar olmadığı, %46,53'ünün ilkokul, %15,28'inin ortaokul ve %15,97'sinin lise/üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Hemodiyaliz Hastaların %68,06'sı evli, %31,94'ü de eşi ölmüş/ayrı/boşanmıştır.

Araştırmada yer alan hastaların %89,58'inin çocuğu varken, %10,42'sinin çocuğu yoktur. Çocuğu olanların %42,19'u 1-2 çocuk sahibi, %41,41'i 3-4 çocuk sahibi ve %16,41'i 5 çocuk ve üzeridir. Birlikte yaşanan kişilere göre dağılıma bakıldığında hastaların %63,19'unun eşiyle, %59,72'sinin çocuklarıyla, %13,19'unun anne ve babayla, %3,47'sinin kardeşleriyle, %8,33'ünün yalnız yaşadığı ve %11,11'inin diğer ifadesini seçtiği görülmüştür.

**Tablo 2. Hastaların Sosyo-Ekonomik Özellikleri (N=144)**

| | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|---|---|
| **Çalışma durumu** | | |
| Çalışan | 14 | 9,72 |
| Çalışmayan | 130 | 90,28 |
| **Çalışmama nedeni (n=130)** | | |
| Emekli | 26 | 20,00 |
| Çalışmak istemeyen | 61 | 46,92 |
| Hastalıktan dolayı iş bulamayan | 6 | 4,62 |
| Hastalıktan dolayı çalışmayan | 37 | 28,46 |
| **Aylık gelir** | | |
| 0-2324 TL | 57 | 39,58 |
| 2325-3000 TL | 34 | 23,61 |
| 3001-4000 TL | 34 | 23,61 |
| 4001 TL ve üzeri | 19 | 13,19 |
| **Sosyal güvence** | | |
| Yok | 2 | 1,39 |
| Yeşil kart | 19 | 13,19 |
| SSK | 79 | 54,86 |
| Emekli sandığı | 23 | 15,97 |
| Bağkur | 21 | 14,58 |
| Toplam | 144 | 100 |

Tabloda 2'deki verilere göre, araştırmaya alınan hemodiyaliz hastalarının %9,72'si çalışmakta, büyük bir çoğunluğu (%90,28) ise çalışmamaktadır. Çalışmama nedeni hastaların %20,00'sinde emekli olması, %46,92'sinde çalışmak istememesi, %4,62'sinde hastalıktan dolayı iş bulamaması ve %28,46'sında ise hastalıktan dolayı çalışmaması şeklindedir.

Hemodiyaliz hastalarının gelir dağılımlarına bakıldığında %39,58'inin gelirinin 0-2324 TL arası, %23,61'inin 2325-3000 TL arası, yine %23,61'inin 3001-4000 TL arası ve %13,19'unun gelirinin 4001 TL ve üzeri olduğu görülmüştür. Hemodiyaliz hastalarının

%1,39'unun sosyal güvencesi yokken, %13,19'unun yeşil kartı vardır. Sosyal güvence bakımından Hemodiyaliz hastalarının %54,86'sı SSK'ya, %15,97'si emekli sandığına ve %14,28'i ise Bağkur'a kayıtlıdır.

### 4.2. Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların hemodiyaliz tedavisine ilişkin özellikler, "Hemodiyaliz Hastalarının Hemodiyaliz Seans Durumları" (Tablo 3), "Hemodiyaliz Hastalarının Tedavi Süreci" (Tablo 4) ve "Hemodiyaliz Hastalarının Günlük Yaşamlarındaki Değişimler" (Tablo 5) olarak üç ayrı tabloda incelenmiştir. Bu doğrultuda Tablo 3'de sırasıyla; hemodiyaliz seans sayısı, hemodiyaliz seans süresi ve hemodiyaliz seansını önerilen zamandan önce terk etme durumuna ilişkin bulgulara değinilmektedir. Tablo 4'te sırasıyla; hemodiyaliz tedavisi alma süresi, önerilen ilaç tedavisine uyma durumu, hemodiyaliz dışında hastalık durumu, hemodiyaliz dışında tedavi alma ve günlük yaşamını sürdürmek için yeterli güce ve enerjiye sahip olduğunu düşünme bilgisine ilişkin bulgulara değinilmektedir. Tablo 5'te ise hemodiyaliz hastalarının günlük yaşamlarındaki değişimlere ilişkin bulgular gösterilmektedir.

**Tablo 3. Hemodiyaliz Hastalarının Hemodiyaliz Seans Durumları (N=144)**

| | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|---|---|
| **Haftalık hemodiyaliz seans sayısı** | | |
| İki gün | 22 | 15,28 |
| Üç gün | 122 | 84,72 |
| **Hemodiyaliz seans süresi** | | |
| 4 saat | 143 | 99,31 |
| 4 saatten fazla | 1 | 0,69 |
| **Hemodiyaliz seansını önerilen zamandan önce terk etme** | | |
| Terk eden | 5 | 3,47 |
| Terk etmeyen | 139 | 96,53 |
| Toplam | 144 | 100 |

Tablo 3.'de araştırmaya konu olan hastaların hemodiyaliz hastalarının hemodiyaliz seans durumlarına ilişkin bazı özellikleri verilmiştir.

İncelenen verilere göre, hemodiyaliz hastalarının %15,28'i haftalık iki gün hemodiyaliz seansına girerken, büyük bir kısmı %84,72'si üç gün girmektedir.

Hemodiyaliz hastalarının neredeyse tamamının (%99,31) seans süresi dört saattir. Hemodiyaliz hastalarının büyük bir çoğunluğu (%96,53) hemodiyaliz seansını önerilen zamandan önce terk etmemekte ve önerilen ilaç tedavisine uymaktadır (%97,92).

**Tablo 4. Hemodiyaliz Hastalarının Tedavi Süreci (N=144)**

| | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|---|---|
| **Hemodiyaliz tedavisi alma süresi** | | |
| 1 yıldan az | 10 | 6,94 |
| 1-5 yıl | 68 | 47,22 |
| 6-10 yıl | 29 | 20,14 |
| 10 yıldan fazla | 37 | 25,69 |
| **Önerilen ilaç tedavisine uyma** | | |
| Uyan | 141 | 97,92 |
| Uymayan | 3 | 2,08 |
| **Hemodiyaliz dışında hastalık** | | |
| Var | 77 | 53,47 |
| Yok | 67 | 46,53 |
| **Hemodiyaliz dışında tedavi alma (N=77)** | | |
| Alan | 54 | 70,13 |
| Almayan | 23 | 29,87 |
| **Günlük yaşamını sürdürmek için yeterli güce ve enerjiye sahip olduğunu düşünme** | | |
| Evet | 48 | 33,33 |
| Hayır | 55 | 38,19 |
| Bazen | 41 | 28,47 |
| Toplam | 144 | 100 |

Tablo 4.'te araştırmaya konu olan hastaların tedavi süreci ilişkin bazı özellikleri verilmiştir.

İncelenen verilere göre, araştırmadaki hasta bireylerin %6,94'ünün 1 yıldan az süreyle hemodiyaliz tedavisi aldığı, %47,22'sinin 1-5 yıl arası, %20,14'ünün 6-10 yıl arası ve %25,69'unun 10 yıldan fazla süreyle hemodiyaliz tedavisi aldığı görülmüştür. Hemodiyaliz hastalarının %53,47'sinin hemodiyaliz dışında hastalığı varken, %46,53'ünün yoktur. Hemodiyaliz hastalığı dışında hastalığı olan hastaların çoğu birden fazla hastalığa sahip olduğunu ifade etmiştir. Bu hastalardan 19 hasta kalp hastalığı, 36 hasta diyabet, 26 hasta hipertansiyon, 4 hasta görme prolemleri, 11 hasta sinir, depresyon gibi ruh hastalığı, 4 hasta Hepatit B, 7 hasta astım, 3 hasta felç, 2 hasta guatr, 2 hasta KOAH ve 17 hasta ortoedik engel, diz ve bel rahatsızlıkları ya da yürüme sorunu yaşadığını belitmiştir. Hemodiyaliz dışında tedavi alanlar ise %70,13 oranında, almayanlar da %29,87 oranındadır. Günlük yaşamını sürdürmek için yeterli güce ve enerjiye sahip olduğunu düşünme ifadesine hemodiyaliz hastalarının %33,33'ü evet, %38,19'u hayır ve %28,47'si bazen yanıtını vermiştir.

**Tablo 5. Hemodiyaliz Hastalarının Günlük Yaşamlarındaki Değişimler (N=871)**

| | **Sayı (n)** | **Yüzde (%)** |
|---|---|---|
| **Hemodiyaliz hastalığınız nedeniyle günlük hayatta yaşanan değişiklikler (Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.)** | | |
| Uykusuzluk, beslenme sorunu ve diyet, iştah sorunu, ağrılar, halsizlik ve yorgunluk gibi sağlık problemlerim arttı. | 139 | 96,53 |
| Anne-babalık sorumluluklarımı eskisi kadar yerine getiremiyorum. | 65 | 45,14 |
| Eşime karşı sorumluluklarımı eskisi kadar yerine getiremiyorum. | 61 | 42,36 |
| Anne ve/ve ya babama karşı sorumluluklarımı eskisi kadar yerine getiremiyorum. | 38 | 26,39 |
| Ev işlerini eskisi kadar yerine getiremiyorum. | 68 | 47,22 |
| İş hayatım değişti. Eskisi kadar aktif değilim. | 71 | 49,31 |
| Kendi kendime karar veremiyorum. | 35 | 24,31 |
| Arkadaşlarımla birlikte aktivitelere katılamıyorum. | 96 | 66,67 |
| Hastalıktan sonra akrabalarımla sorunlar yaşamaya başladım. | 45 | 31,25 |

| | | |
|---|---|---|
| İçe kapandım, hiçbir şeyden zevk almıyorum. | 98 | 68,06 |
| Hastalığım cinsel yaşantımı olumsuz etkiledi. | 68 | 47,22 |
| Hastalıkla birlikte ekonomik sorunlarım arttı. | 86 | 59,72 |
| Diğer | 1 | 0,69 |

Tablo 5.'te araştırmaya konu olan hastaların hemodiyaliz hastalarının günlük yaşamlarındaki değişimlere ilişkin bazı özellikleri verilmiştir.

Hemodiyaliz hastalığınız nedeniyle günlük hayatta yaşanan değişiklikler sorusuna hastaların verdiği yanıtlar %96,53'ünde "Uykusuzluk, beslenme sorunu ve diyet, iştah sorunu, ağrılar, halsizlik ve yorgunluk gibi sağlık problemlerim arttı.", %45,14'ünde "Anne-babalık sorumluluklarımı eskisi kadar yerine getiremiyorum.", %42,36'sında "Eşime karşı sorumluluklarımı eskisi kadar yerine getiremiyorum.", %26,39'unda "Anne ve/ve ya babama karşı sorumluluklarımı eskisi kadar yerine getiremiyorum.", %47,22'sinde "Ev işlerini eskisi kadar yerine getiremiyorum.", %49,31'inde "İş hayatım değişti. Eskisi kadar aktif değilim.", %24,31'inde "Kendi kendime karar veremiyorum." ve %66,67'sinde "Arkadaşlarımla birlikte aktivitelere katılamıyorum." şeklindedir. Ayrıca %31,25'i "Hastalıktan sonra akrabalarımla sorun yaşamaya başladım." yanıtını, %68,06'sı "İçe kapandım, hiçbir şeyden zevk almıyorum." yanıtını, %47,22'si "Hastalığım cinsel yaşantımı olumsuz etkiledi." Yanıtını, %59,72'si "Hastalıkla birlikte ekonomik sorunlarım arttı" ve % 0,69'u (1 kişi) ise hastalıktan sonra yürüyemediğini ifade etmiştir.

### 4.3. Aile Desteği ve Aile Danışmanlığı Gereksinimine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların Aile Desteği ve Aile Danışmanlığı Gereksinimine İlişkin özellikler, "Hemodiyaliz Hastalarının Aile Destek Durumları" (Tablo 6) ve "Hemodiyaliz Hastalarının Aile Danışmanlığı Gereksinimleri" (Tablo 7) olarak iki ayrı tabloda incelenmiştir. Bu doğrultuda Tablo 6'da sırasıyla; Aile içinde ilgilenen / destek olan kişi/kişiler, Aile dışında ilgilenen / destek olan kişi/kişiler ve psiko-sosyal destek alma durumu bilgisine ilişkin bulgulara değinilmektedir. Tablo 7'de ise tedavi boyunca aile danışmanlığı hizmeti isteme, aile danışmanı ile konuşulmak istenen konular ve hastaların geleceğe bakışına ilişkin bulgular gösterilmektedir.

**Tablo 6. Hemodiyaliz Hastalarının Aile Destek Durumları (N=144)**

| | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|---|---|
| **Aile içinde ilgilenen / destek olan kişi/kişiler (Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.)** | | |
| Eş | 99 | 68,75 |
| Çocuklar | 109 | 75,69 |
| Kardeşler | 35 | 24,31 |
| Anne-Baba | 29 | 20,14 |
| Yok | 8 | 5,56 |
| Toplam | 280 | |
| **Aile dışında ilgilenen / destek olan kişi/kişiler (Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.)** | | |
| Akraba | 30 | 20,83 |
| Komşular | 17 | 11,81 |
| Tedavi ekibi | 6 | 4,17 |
| Arkadaşlar | 12 | 8,33 |
| Bakıcı | 4 | 2,78 |
| Hiç kimse | 98 | 68,06 |
| **Psiko-sosyal destek alma** | | |
| Hiç almayan | 140 | 97,22 |
| Şu an alan | 1 | 0,69 |
| Daha önce alan | 3 | 2,08 |
| Toplam | 144 | 100 |

Tablo 6.'da araştırmaya konu olan hastaların hemodiyaliz hastalarının aile destek durumlarına ilişkin bazı özellikleri verilmiştir.

İncelenen verilere göre, araştırmaya katılan hastaların %68,75'i aile içinde ilgilenen/destek olan kişi/kişiler olarak eşi, %75,69'u çocukları, %24,31'i kardeşleri, %20,14'ü anne-babayı göstermiş, %5,56'sı ise destek olmadığını belirtmiştir. Aile dışında ilgilenen/destek olan kişi/kişiler olarak hemodiyaliz hastalarının %20,83'ü akraba, %11,81'i komşular, %4,17'si tedavi ekibi, %8,33'ü arkadaşlar, %2,78'i bakıcı ve %5,56'sı hiç kimse yanıtını vermiştir.

**Tablo 7. Hemodiyaliz Hastalarının Aile Danışmanlığı Gereksinimleri (N=144)**

| | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|---|---|
| Tedavi boyunca aile danışmanlığı hizmeti isteme | | |
| İsteyen | 90 | 62,50 |
| İstemeyen | 54 | 37,50 |
| Toplam | | |
| Aile danışmanı ile konuşulmak istenen konular (Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.) | | |
| Maddi Sorunlar | 106 | 73,61 |
| Aile İçi İletişim Konuları (Anne-Baba-Çocuk) | 84 | 58,33 |
| Cinsel sorunlar | 58 | 40,28 |
| Aile içi şiddet | 21 | 14,58 |
| Ev ve çocuklarla ilgili iş bölümü konuları | 79 | 54,86 |
| Stresle başa çıkma sorunları | 108 | 75,00 |
| Eşin ailesiyle yaşanılan sorunlar | 28 | 19,44 |
| Evliliğe uyum sorunları | 23 | 15,97 |
| Duygusal yakınlık sorunları | 30 | 20,83 |
| Eşler arası farklılıklardan kaynaklı sorunlar (Kişilik, ideolojik, kültürel vb.) | 30 | 20,83 |
| Sağlıklı Beslenme/Diyet | 48 | 33,33 |
| Aile Yaşam Krizleri | 54 | 37,50 |
| Kıskançlık, çapkınlık, aldatma sorunları | 15 | 10,42 |
| Akrabalarla ilgili konular | 27 | 18,75 |
| Arkadaş çevresi ile ilgili konular | 12 | 8,33 |
| Kötü alışkanlıklar (sigara, alkol, uyuşturucu vb.) | 50 | 34,72 |
| Aile için kaliteli/güzel zaman geçirememe sorunları | 110 | 76,39 |

| | | |
|---|---|---|
| **Geleceğe bakış** | | |
| Olumlu | 56 | 38,89 |
| Olumsuz | 35 | 24,31 |
| Fikri yok | 53 | 36,81 |
| Toplam | 144 | 100 |

Tablo 7.'de araştırmaya konu olan hastaların hemodiyaliz hastalarının aile danışmanlığı gereksinimlerine ilişkin bazı özellikleri verilmiştir.

İncelenen verilere göre araştırmadaki hastaların %97,22'si psiko-sosyal yardım hiç almamış, %0,69'u şu an almakta ve %2,08'i daha önce almıştır. Hemodiyaliz hastalarının %62,50'si tedavi boyunca aile danışmanlığı hizmeti isterken, %37,50'si istememiştir. Aile danışmanı ile konuşulmak istenen konulara göre dağılıma bakıldığında hemodiyaliz hastalarının %73,61'inin maddi sorunlar, %58,33'ünün aile içi iletişim konuları (anne-baba-çocuk), %40,28'inin cinsel sorunlar, %54,86'sının ev ve çocuklarla ilgili iş bölümü konuları, %75,0'inin stresle başa çıkma sorunları, %33,33'ünün sağlıklı beslenme/diyet, %37,50'sinin aile yaşam krizleri, %34,72'sinin kötü alışkanlıklar (sigara, alkol, uyuşturucu vb.) ile ilgili konuları ve %76,39'unun Aile için kaliteli/güzel zaman geçirememe sorunları konularında konuşmak istediği belirlenmiştir.

### 4.4. Hipotez Testlerine İlişkin Bulgular

Hatırlanacağı üzere araştırma kapsamında hemodiyaliz hastalarına yönelik bazı sosyo-demografik özelliklere, tedavi süreçlerine ve aile danışmalığı gereksinimine yönelik değişkenler üzerinden Aile Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarına yönelik hipotezler geliştirilmiştir. Bu bölümde araştırmada öne sürülen hipotezlerin test edilmesi sonucu elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bu doğrultuda öncelikle Tablo 8'de görüleceği üzere hemodiyaliz hastalarının Aile Değerlendirme Ölçeği puanları üzerinde durulmuştur.

**Tablo 8. Hastaların Aile Değerlendirme Ölçeği puanları (N=144)**

| | N | $\bar{x}$ | S | Min | Max |
|---|---|---|---|---|---|
| Problem çözme | 144 | 3,16 | 0,86 | 1,33 | 4,00 |
| İletişim | 144 | 3,12 | 0,88 | 1,00 | 4,00 |
| Roller | 144 | 2,96 | 0,74 | 1,27 | 3,82 |
| Duygusal tepki verebilme | 144 | 3,03 | 0,95 | 1,00 | 4,00 |
| Gereken ilgiyi gösterme | 144 | 2,60 | 0,53 | 1,29 | 3,29 |
| Davranış kontrolü | 144 | 2,85 | 0,71 | 1,33 | 3,78 |
| Genel İşlevler | 144 | 3,19 | 0,88 | 1,25 | 4,00 |
| **Aile Değerlendirme Ölçeği** | 144 | 2,99 | 0,76 | 1,25 | 3,79 |

Tablo 8'deki verilere göre, araştırmada bulunan hastaların Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden aldıkları puanların ortalaması 2,99±0,76 olarak bulunmuştur. Hastaların ölçeğin alt boyutları olan problem çözmeden ortalama 3,16±0,86, iletişimden 3,12±0,88, rollerden 2,96±0,74, duygusal tepki verebilmeden 3,03±0,95, gereken ilgiyi göstermeden 2,60±0,53, davranış kontrolünden 2,85±0,71 ve genel işlevlerden 3,19±0,88 puan aldıkları görülmüştür.

**Tablo 9. Hastaların Cinsiyete Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=144)**

| | Cinsiyet | n | $\bar{x}$ | s | M | SO | Z | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Problem çözme | Kadın | 67 | 3,05 | 0,89 | 3,50 | 67,14 | -1,464 | 0,143 |
| | Erkek | 77 | 3,26 | 0,82 | 3,50 | 77,16 | | |
| İletişim | Kadın | 67 | 2,96 | 0,89 | 3,00 | 65,23 | -1,970 | 0,049* |
| | Erkek | 77 | 3,26 | 0,86 | 3,67 | 78,82 | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Roller | Kadın | 67 | 2,83 | 0,73 | 2,91 | 65,04 | -2,022 | 0,043* |
| | Erkek | 77 | 3,06 | 0,73 | 3,45 | 78,99 | | |
| Duygusal tepki verebilme | Kadın | 67 | 2,82 | 0,96 | 3,00 | 63,59 | -2,452 | 0,014* |
| | Erkek | 77 | 3,21 | 0,91 | 3,67 | 80,25 | | |
| Gereken ilgiyi gösterme | Kadın | 67 | 2,53 | 0,51 | 2,43 | 66,25 | -1,712 | 0,087 |
| | Erkek | 77 | 2,67 | 0,54 | 2,86 | 77,94 | | |
| Davranış kontrolü | Kadın | 67 | 2,67 | 0,69 | 2,56 | 62,56 | -2,703 | 0,007* |
| | Erkek | 77 | 3,01 | 0,70 | 3,11 | 81,15 | | |
| Genel İşlevler | Kadın | 67 | 3,02 | 0,89 | 3,33 | 64,96 | -2,050 | 0,040* |
| | Erkek | 77 | 3,33 | 0,86 | 3,75 | 79,06 | | |
| **Aile Değerlendirme Ölçeği Geneli** | Kadın | 67 | 2,84 | 0,75 | 2,95 | 64,73 | -2,093 | 0,036* |
| | Erkek | 77 | 3,11 | 0,75 | 3,45 | 79,26 | | |

**p<0,05 (SO: Sıra Ortalaması, Z: Mann-Whitney U testi)*

Araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyete göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi sonuçları Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9'daki verilere bakıldığında, araştırmadaki hastaların cinsiyete göre Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kadın hastaların Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar, erkek hastaların puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür.

Hastaların problem çözme ve gereken ilgiyi gösterme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

**Tablo 10. Hastaların Yaş Grubuna Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=144)**

| | Yaş grubu | n | $\bar{x}$ | s | M | SO | $X^2$ | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Problem çözme | 50 yaş ve altı | 22 | 3,19 | 0,95 | 3,50 | 73,43 | 0,832 | 0,660 |
| | 51-64 yaş | 61 | 3,25 | 0,79 | 3,50 | 75,69 | | |
| | 65 yaş ve üstü | 61 | 3,07 | 0,90 | 3,33 | 68,98 | | |
| İletişim | 50 yaş ve altı | 22 | 3,08 | 0,94 | 3,39 | 68,39 | 0,498 | 0,780 |
| | 51-64 yaş | 61 | 3,17 | 0,85 | 3,33 | 75,07 | | |
| | 65 yaş ve üstü | 61 | 3,08 | 0,90 | 3,22 | 71,41 | | |
| Roller | 50 yaş ve altı | 22 | 2,83 | 0,76 | 3,00 | 62,98 | 1,459 | 0,482 |
| | 51-64 yaş | 61 | 2,97 | 0,71 | 3,18 | 73,18 | | |
| | 65 yaş ve üstü | 61 | 2,98 | 0,76 | 3,27 | 75,25 | | |
| Duygusal tepki verebilme | 50 yaş ve altı | 22 | 2,89 | 1,03 | 3,25 | 66,11 | 0,641 | 0,726 |
| | 51-64 yaş | 61 | 3,05 | 0,94 | 3,17 | 73,60 | | |
| | 65 yaş ve üstü | 61 | 3,05 | 0,93 | 3,17 | 73,70 | | |
| Gereken ilgiyi gösterme | 50 yaş ve altı | 22 | 2,52 | 0,53 | 2,64 | 65,52 | 1,348 | 0,510 |
| | 51-64 yaş | 61 | 2,58 | 0,56 | 2,71 | 70,91 | | |
| | 65 yaş ve üstü | 61 | 2,66 | 0,49 | 2,71 | 76,61 | | |
| Davranış kontrolü | 50 yaş ve altı | 22 | 2,82 | 0,73 | 3,00 | 71,52 | 0,223 | 0,895 |
| | 51-64 yaş | 61 | 2,83 | 0,72 | 2,78 | 70,98 | | |
| | 65 yaş ve üstü | 61 | 2,89 | 0,71 | 3,00 | 74,38 | | |
| Genel İşlevler | 50 yaş ve altı | 22 | 3,17 | 0,97 | 3,63 | 70,86 | 0,045 | 0,978 |
| | 51-64 yaş | 61 | 3,25 | 0,83 | 3,58 | 73,02 | | |
| | 65 yaş ve üstü | 61 | 3,12 | 0,92 | 3,58 | 72,57 | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Aile Değerlendirme Ölçeği** | 50 yaş ve altı | 22 | 2,93 | 0,80 | 3,21 | 67,27 | 0,427 | 0,808 |
| | 51-64 yaş | 61 | 3,01 | 0,72 | 3,10 | 73,91 | | |
| | 65 yaş ve üstü | 61 | 2,98 | 0,78 | 3,06 | 72,98 | | |

**p<0,05 (SO: Sıra Ortalaması, $X^2$: Kruskal-WallisH testi)*

Tablo 10'da araştırmada yer alan hastaların yaş grubuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir.

İncelenen verilere göre, araştırmadaki hastaların yaş grubuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p>0,05). Başka bir deyişle hastaların yaş grubu gözetilmeksizin Aile Değerlendirme Ölçeğinden aldıkları puanlar benzerdir.

**Tablo 11. Hastaların eğitim durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144)**

| | **Eğitim durumu** | **n** | $\bar{x}$ | **S** | **M** | **SO** | **$X^2$** | **p** | **Fark** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Problem çözme | Okur-yazar değil | 32 | 2,73 | 0,88 | 2,58 | 51,30 | 20,157 | 0,000* | 1-3 |
| | İlkokul | 67 | 3,07 | 0,90 | 3,50 | 68,99 | | | 1-4 |
| | Ortaokul | 22 | 3,58 | 0,58 | 3,83 | 91,50 | | | 2-3 |
| | Lise/Üniversite | 23 | 3,62 | 0,50 | 4,00 | 94,04 | | | 2-4 |
| İletişim | Okur-yazar değil | 32 | 2,64 | 0,90 | 2,67 | 49,97 | 29,449 | 0,000* | 1-3 |
| | İlkokul | 67 | 2,96 | 0,91 | 3,11 | 65,88 | | | 1-4 |
| | Ortaokul | 22 | 3,61 | 0,50 | 3,83 | 93,75 | | | 2-3 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Lise/Üniversite | 23 | 3,78 | 0,29 | 3,89 | 102,80 | | | 2-4 |
| | Okur-yazar değil | 32 | 2,62 | 0,76 | 2,50 | 53,05 | 18,651 | 0,000* | 1-3 |
| Roller | İlkokul | 67 | 2,88 | 0,75 | 2,91 | 68,51 | | | 1-4 |
| | Ortaokul | 22 | 3,25 | 0,55 | 3,55 | 87,48 | | | 2-3 |
| | Lise/Üniversite | 23 | 3,37 | 0,52 | 3,64 | 96,87 | | | 2-4 |
| | Okur-yazar değil | 32 | 2,46 | 0,94 | 2,00 | 49,13 | 24,586 | 0,000* | 1-3 |
| Duygusal tepki verebilme | İlkokul | 67 | 2,95 | 0,96 | 3,00 | 68,78 | | | 1-4 |
| | Ortaokul | 22 | 3,52 | 0,69 | 3,92 | 92,68 | | | 2-3 |
| | Lise/Üniversite | 23 | 3,59 | 0,58 | 4,00 | 96,54 | | | 2-4 |
| | Okur-yazar değil | 32 | 2,43 | 0,49 | 2,29 | 58,81 | 13,624 | 0,003* | 1-3 |
| Gereken ilgiyi gösterme | İlkokul | 67 | 2,53 | 0,56 | 2,71 | 67,06 | | | 1-4 |
| | Ortaokul | 22 | 2,81 | 0,43 | 2,93 | 86,93 | | | 2-3 |
| | Lise/Üniversite | 23 | 2,86 | 0,41 | 3,14 | 93,59 | | | 2-4 |
| | Okur-yazar değil | 32 | 2,53 | 0,67 | 2,44 | 54,44 | 23,517 | 0,000* | 1-3 |
| Davranış kontrolü | İlkokul | 67 | 2,72 | 0,76 | 2,67 | 65,11 | | | 1-4 |
| | Ortaokul | 22 | 3,24 | 0,50 | 3,56 | 94,36 | | | 2-3 |
| | Lise/Üniversite | 23 | 3,31 | 0,36 | 3,33 | 98,24 | | | 2-4 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Genel İşlevler | Okur-yazar değil | 32 | 2,72 | 0,90 | 2,58 | 50,47 | 27,815 | 0,000* | 1-3 |
| | İlkokul | 67 | 3,05 | 0,93 | 3,42 | 66,42 | | | 1-4 |
| | Ortaokul | 22 | 3,63 | 0,54 | 3,92 | 90,91 | | | 2-3 |
| | Lise/Üniversite | 23 | 3,80 | 0,31 | 4,00 | 103,26 | | | 2-4 |
| **Aile Değerlendirme Ölçeği** | Okur-yazar değil | 32 | 2,59 | 0,76 | 2,46 | 51,13 | 23,735 | 0,000* | 1-3 |
| | İlkokul | 67 | 2,88 | 0,79 | 2,98 | 67,15 | | | 1-4 |
| | Ortaokul | 22 | 3,38 | 0,51 | 3,67 | 93,18 | | | 2-3 |
| | Lise/Üniversite | 23 | 3,48 | 0,35 | 3,60 | 98,04 | | | 2-4 |

**p<0,05 (SO: Sıra Ortalaması, $X^2$: Kruskal-Wallis H testi)*

Tablo 11'de araştırmaya alınan hastaların eğitim durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 11'deki veriler incelendiğinde, araştırmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Okur-yazar olmayan ve eğitim durumu ilkokul olan hastaların Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar, eğitim durumu ortaokul ve lise/üniversite olan hastaların puanlarından daha düşüktür.

**Tablo 12. Hastaların medeni durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144)**

| | Medeni durum | n | $\bar{x}$ | s | M | SO | Z | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Problem çözme | Evli | 98 | 3,45 | 0,72 | 3,83 | 86,55 | -6,008 | 0,000* |
| | Diğer | 46 | 2,55 | 0,81 | 2,17 | 42,57 | | |
| İletişim | Evli | 98 | 3,40 | 0,75 | 3,78 | 85,88 | -5,673 | 0,000* |
| | Diğer | 46 | 2,52 | 0,84 | 2,11 | 44,00 | | |
| Roller | Evli | 98 | 3,23 | 0,63 | 3,55 | 87,83 | -6,506 | 0,000* |
| | Diğer | 46 | 2,38 | 0,62 | 2,09 | 39,84 | | |
| Duygusal tepki verebilme | Evli | 98 | 3,35 | 0,84 | 3,75 | 86,26 | -5,926 | 0,000* |
| | Diğer | 46 | 2,35 | 0,81 | 2,00 | 43,18 | | |
| Gereken ilgiyi gösterme | Evli | 98 | 2,77 | 0,47 | 3,00 | 86,41 | -5,959 | 0,000* |
| | Diğer | 46 | 2,24 | 0,45 | 2,29 | 42,86 | | |
| Davranış kontrolü | Evli | 98 | 3,09 | 0,64 | 3,33 | 86,32 | -5,881 | 0,000* |
| | Diğer | 46 | 2,34 | 0,58 | 2,11 | 43,05 | | |
| Genel İşlevler | Evli | 98 | 3,48 | 0,75 | 3,83 | 86,40 | -5,910 | 0,000* |
| | Diğer | 46 | 2,56 | 0,83 | 2,08 | 42,88 | | |
| **Aile Değerlendirme Ölçeği Geneli** | Evli | 98 | 3,25 | 0,65 | 3,60 | 87,38 | -6,273 | 0,000* |
| | Diğer | 46 | 2,42 | 0,66 | 2,12 | 40,80 | | |

**p<0,05 (Diğer : Eşi ölmüş/Ayrı/Boşanmış, SO: Sıra Ortalaması, Z: Mann-Whitney U testi)*

Tablo 12'de araştırmaya konu olan hastaların medeni durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir.

Tablodan elde edilen verilere göre, araştırma dahilindeki hastaların medeni durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Evli olan hastaların Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar, diğer (eşi ölmüş/ayrı/boşanmış) hastaların puanlarından daha yüksektir.

**Tablo 13. Hastaların çocuk sahibi olma durumu göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144)**

| | **Çocuk** | **n** | $\bar{x}$ | **s** | **M** | **SO** | **Z** | **P** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Problem çözme | Var | 129 | 3,22 | 0,83 | 3,50 | 74,90 | -2,064 | 0,039* |
| | Yok | 15 | 2,68 | 0,99 | 2,83 | 51,83 | | |
| İletişim | Var | 129 | 3,18 | 0,84 | 3,44 | 75,12 | -2,232 | 0,026* |
| | Yok | 15 | 2,58 | 1,03 | 3,00 | 49,97 | | |
| Roller | Var | 129 | 3,02 | 0,70 | 3,18 | 75,95 | -2,941 | 0,003* |
| | Yok | 15 | 2,36 | 0,81 | 2,09 | 42,83 | | |
| Duygusal tepki verebilme | Var | 129 | 3,10 | 0,91 | 3,33 | 75,38 | -2,495 | 0,013* |
| | Yok | 15 | 2,39 | 1,07 | 2,33 | 47,70 | | |
| Gereken ilgiyi gösterme | Var | 129 | 2,65 | 0,50 | 2,71 | 75,83 | -2,868 | 0,004* |
| | Yok | 15 | 2,21 | 0,57 | 2,14 | 43,83 | | |
| Davranış kontrolü | Var | 129 | 2,90 | 0,69 | 3,00 | 74,98 | -2,121 | 0,034* |
| | Yok | 15 | 2,44 | 0,77 | 2,67 | 51,17 | | |
| Genel İşlevler | Var | 129 | 3,25 | 0,85 | 3,67 | 75,33 | -2,416 | 0,016* |
| | Yok | 15 | 2,66 | 1,03 | 3,00 | 48,17 | | |
| | Var | 129 | 3,05 | 0,72 | 3,26 | 75,43 | -2,486 | 0,013* |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Aile Değerlendirme Ölçeği Geneli** | Yok | 15 | 2,47 | 0,86 | 2,85 | 47,27 | |

**p<0,05 (SO: Sıra Ortalaması, Z: Mann-Whitney U testi)*

Araştırma kapsamındaki hastaların çocuk sahibi olma durumu göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi sonuçları Tablo 13'de verilmiştir.

Tablo 13'e göre, hemodiyaliz hastalarının çocuk sahibi olma durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Çocuğu olan hastaların Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar, çocuğu olmayan hemodiyaliz hastalarının puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

**Tablo 14. Hastaların çalışma durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144)**

| | **Çalışma durumu** | **n** | $\bar{x}$ | **s** | **M** | **SO** | **Z** | **P** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Problem çözme | Çalışan | 14 | 3,69 | 0,55 | 3,92 | 96,75 | -2,331 | 0,020* |
| | Çalışmayan | 130 | 3,11 | 0,87 | 3,33 | 69,89 | | |
| İletişim | Çalışan | 14 | 3,64 | 0,55 | 3,89 | 97,18 | -2,353 | 0,019* |
| | Çalışmayan | 130 | 3,06 | 0,89 | 3,22 | 69,84 | | |
| Roller | Çalışan | 14 | 3,29 | 0,50 | 3,50 | 87,54 | -1,435 | 0,151 |
| | Çalışmayan | 130 | 2,92 | 0,75 | 3,09 | 70,88 | | |
| Duygusal tepki verebilme | Çalışan | 14 | 3,73 | 0,54 | 4,00 | 101,71 | -2,829 | 0,005* |
| | Çalışmayan | 130 | 2,95 | 0,95 | 3,00 | 69,35 | | |
| Gereken ilgiyi gösterme | Çalışan | 14 | 2,93 | 0,34 | 3,14 | 100,14 | -2,662 | 0,008* |
| | Çalışmayan | 130 | 2,57 | 0,53 | 2,71 | 69,52 | | |
| | Çalışan | 14 | 3,30 | 0,55 | 3,67 | 101,07 | -2,733 | 0,006* |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Davranış kontrolü | Çalışmayan | 130 | 2,80 | 0,71 | 2,89 | 69,42 | | |
| Genel İşlevler | Çalışan | 14 | 3,70 | 0,52 | 3,88 | 93,39 | -1,997 | 0,046* |
| | Çalışmayan | 130 | 3,13 | 0,90 | 3,50 | 70,25 | | |
| **Aile Değerlendirme Ölçeği Geneli** | Çalışan | 14 | 3,47 | 0,48 | 3,70 | 98,86 | -2,499 | 0,012* |
| | Çalışmayan | 130 | 2,93 | 0,76 | 3,00 | 69,66 | | |

**p<0,05 (SO: Sıra Ortalaması, Z: Mann-Whitney U testi)*

Tablo 14'de araştırmaya katılan hastaların çalışma durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir.

İncelenen sonuçlara göre, araştırmadaki hastaların Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında çalışma durumuna göreistatistiksel olarak anlamlı seviyede bir farkın olduğu görülmüştür (p<0,05). Çalışan hastaların Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar, çalışmayan hastaların puanlarından daha yüksektir. Hemodiyaliz hastalarının Aile Değerlendirme Ölçeğinin roller alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

**Tablo 15. Hastaların Aylık Gelire Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=144)**

| | **Aylık gelir** | **n** | $\bar{x}$ | **S** | **M** | **SO** | $X^2$ | **p** | **Fark** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Problem çözme | 0-2324 TL | 57 | 2,78 | 0,94 | 2,33 | 56,31 | 18,312 | 0,000* | 1-2 |
| | 2325-3000 TL | 34 | 3,24 | 0,75 | 3,42 | 73,60 | | | 1-3 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 3001-4000 TL | 34 | 3,46 | 0,72 | 3,83 | 86,04 | | | 1-4 |
| | 4001 TL ve üzeri | 19 | 3,63 | 0,48 | 4,00 | 94,87 | | | |
| İletişim | 0-2324 TL | 57 | 2,65 | 0,91 | 2,44 | 50,63 | 32,868 | 0,000* | 1-2 |
| | 2325-3000 TL | 34 | 3,20 | 0,78 | 3,44 | 73,97 | | | 1-3 |
| | 3001-4000 TL | 34 | 3,49 | 0,74 | 3,89 | 90,81 | | | 1-4 |
| | 4001 TL ve üzeri | 19 | 3,73 | 0,38 | 4,00 | 102,71 | | | |
| Roller | 0-2324 TL | 57 | 2,62 | 0,76 | 2,36 | 53,39 | 27,433 | 0,000* | 1-2 |
| | 2325-3000 TL | 34 | 2,98 | 0,67 | 3,09 | 71,59 | | | 1-3 |
| | 3001-4000 TL | 34 | 3,22 | 0,66 | 3,55 | 88,84 | | | 1-4 |
| | 4001 TL ve üzeri | 19 | 3,45 | 0,39 | 3,73 | 102,24 | | | |
| Duygusal tepki verebilme | 0-2324 TL | 57 | 2,50 | 0,91 | 2,00 | 49,07 | 38,940 | 0,000* | 1-2 |
| | 2325-3000 TL | 34 | 3,05 | 0,90 | 3,00 | 74,10 | | | 1-3 |
| | 3001-4000 TL | 34 | 3,49 | 0,78 | 3,92 | 92,00 | | | 1-4 |
| | 4001 TL ve üzeri | 19 | 3,75 | 0,39 | 4,00 | 105,03 | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Gereken ilgiyi gösterme | 0-2324 TL | 57 | 2,32 | 0,50 | 2,29 | 50,09 | 34,854 | 0,000* | 1-2 |
| | 2325-3000 TL | 34 | 2,63 | 0,53 | 2,71 | 74,38 | | | 1-3 |
| | 3001-4000 TL | 34 | 2,84 | 0,43 | 3,07 | 91,09 | | | 1-4 |
| | 4001 TL ve üzeri | 19 | 2,98 | 0,24 | 3,14 | 103,11 | | | |
| Davranış kontrolü | 0-2324 TL | 57 | 2,44 | 0,67 | 2,11 | 49,89 | 33,835 | 0,000* | 1-2 |
| | 2325-3000 TL | 34 | 2,93 | 0,67 | 2,89 | 75,85 | | | 1-3 |
| | 3001-4000 TL | 34 | 3,17 | 0,61 | 3,56 | 90,37 | | | 1-4 |
| | 4001 TL ve üzeri | 19 | 3,36 | 0,38 | 3,67 | 102,37 | | | |
| Genel İşlevler | 0-2324 TL | 57 | 2,75 | 0,95 | 2,50 | 53,56 | 28,463 | 0,000* | 1-2 |
| | 2325-3000 TL | 34 | 3,26 | 0,77 | 3,46 | 69,68 | | | 1-3 |
| | 3001-4000 TL | 34 | 3,50 | 0,76 | 3,92 | 90,65 | | | 1-4 |
| | 4001 TL ve üzeri | 19 | 3,78 | 0,34 | 4,00 | 101,89 | | | |
| **Aile Değerlendirme Ölçeği** | 0-2324 TL | 57 | 2,58 | 0,76 | 2,34 | 50,68 | 33,736 | 0,000* | 1-2 |
| | 2325-3000 TL | 34 | 3,04 | 0,67 | 3,00 | 73,15 | | | 1-3 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3001-4000 TL | 34 | 3,31 | 0,65 | 3,67 | 90,00 | | 1-4 |
| 4001 TL ve üzeri | 19 | 3,53 | 0,35 | 3,79 | 105,47 | | |

**p<0,05 (SO: Sıra Ortalaması, $X^2$: Kruskal-Wallis H testi)*

Tablo 15'de araştırma konusu hastaların aylık gelire göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 15'deki veriler incelendiğinde, araştırmadaki hastaların aylık gelire göre Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür (p<0,05). Fark birinci gruptaki hemodiyaliz hastalarının kaynaklanmaktadır. Aylık geliri 0-2324 TL olan hastaların Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar, diğer hastaların puanlarından daha düşüktür.

**Tablo 16. Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi Alma Süresine Göre Aile Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (N=144)**

| | Tedavi süresi | n | $\bar{x}$ | s | M | SO | $X^2$ | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Problem çözme | 1 yıldan az | 10 | 2,83 | 0,91 | 2,92 | 52,70 | 4,858 | 0,182 |
| | 1-5 yıl | 68 | 3,19 | 0,82 | 3,50 | 72,74 | | |
| | 6-10 yıl | 29 | 3,30 | 0,91 | 4,00 | 83,74 | | |
| | 10 yıldan fazla | 37 | 3,09 | 0,89 | 3,33 | 68,59 | | |
| İletişim | 1 yıldan az | 10 | 2,58 | 0,83 | 2,56 | 45,30 | 6,571 | 0,087 |
| | 1-5 yıl | 68 | 3,18 | 0,82 | 3,67 | 73,04 | | |
| | 6-10 yıl | 29 | 3,25 | 0,95 | 3,67 | 83,62 | | |
| | 10 yıldan fazla | 37 | 3,04 | 0,92 | 3,22 | 70,15 | | |
| Roller | 1 yıldan az | 10 | 2,61 | 0,76 | 2,50 | 55,20 | 4,817 | 0,186 |
| | 1-5 yıl | 68 | 3,02 | 0,69 | 3,23 | 73,88 | | |
| | 6-10 yıl | 29 | 3,08 | 0,80 | 3,36 | 83,52 | | |
| | 10 yıldan fazla | 37 | 2,83 | 0,74 | 2,91 | 66,00 | | |
| | 1 yıldan az | 10 | 2,47 | 1,00 | 2,33 | 52,25 | 5,191 | 0,158 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Duygusal tepki verebilme | 1-5 yıl | 68 | 3,09 | 0,90 | 3,42 | 74,04 | | |
| | 6-10 yıl | 29 | 3,24 | 1,00 | 3,67 | 82,97 | | |
| | 10 yıldan fazla | 37 | 2,90 | 0,94 | 3,00 | 66,93 | | |
| Gereken ilgiyi gösterme | 1 yıldan az | 10 | 2,23 | 0,51 | 2,29 | 43,45 | 6,650 | 0,084 |
| | 1-5 yıl | 68 | 2,66 | 0,50 | 2,79 | 75,77 | | |
| | 6-10 yıl | 29 | 2,67 | 0,54 | 2,71 | 79,57 | | |
| | 10 yıldan fazla | 37 | 2,54 | 0,53 | 2,57 | 68,80 | | |
| Davranış kontrolü | 1 yıldan az | 10 | 2,34 | 0,77 | 2,28 | 45,00 | 6,089 | 0,107 |
| | 1-5 yıl | 68 | 2,90 | 0,68 | 3,00 | 74,28 | | |
| | 6-10 yıl | 29 | 2,98 | 0,76 | 3,11 | 81,33 | | |
| | 10 yıldan fazla | 37 | 2,80 | 0,69 | 2,89 | 69,74 | | |
| Genel İşlevler | 1 yıldan az | 10 | 2,91 | 0,97 | 3,25 | 56,85 | 3,692 | 0,297 |
| | 1-5 yıl | 68 | 3,21 | 0,83 | 3,67 | 72,18 | | |
| | 6-10 yıl | 29 | 3,30 | 0,98 | 3,92 | 83,22 | | |
| | 10 yıldan fazla | 37 | 3,12 | 0,90 | 3,50 | 68,91 | | |
| **Aile Değerlendirme Ölçeği** | 1 yıldan az | 10 | 2,57 | 0,78 | 2,49 | 52,40 | 5,374 | 0,146 |
| | 1-5 yıl | 68 | 3,04 | 0,71 | 3,30 | 72,52 | | |
| | 6-10 yıl | 29 | 3,12 | 0,83 | 3,47 | 84,98 | | |
| | 10 yıldan fazla | 37 | 2,90 | 0,76 | 2,94 | 68,11 | | |

*(SO: Sıra Ortalaması, $X^2$: Kruskal-Wallis H testi)*

Tablo 16'dq araştırmada yer alan hastaların hemodiyaliz tedavisi alma süresine göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 16'ya göre, araştırmaya alınan hastaların hemodiyaliz tedavisi alma süresine göre Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Başka bir ifadeyle hastaların hemodiyaliz tedavisi alma süresi gözetilmeksizin Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar benzerdir.

**Tablo 17. Hastaların haftalık hemodiyaliz seans sayısına göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144)**

| | Haftalık hemodiyaliz seans sayısı | n | $\overline{x}$ | s | M | SO | Z | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Problem çözme | İki gün | 22 | 3,59 | 0,59 | 3,83 | 89,84 | -2,157 | 0,031* |
| | Üç gün | 122 | 3,08 | 0,88 | 3,33 | 69,37 | | |
| İletişim | İki gün | 22 | 3,59 | 0,62 | 3,89 | 93,55 | -2,597 | 0,009* |
| | Üç gün | 122 | 3,04 | 0,90 | 3,22 | 68,70 | | |
| Roller | İki gün | 22 | 3,34 | 0,59 | 3,68 | 97,61 | -3,101 | 0,002* |
| | Üç gün | 122 | 2,89 | 0,74 | 3,00 | 67,97 | | |
| Duygusal tepki verebilme | İki gün | 22 | 3,61 | 0,67 | 4,00 | 97,34 | -3,112 | 0,002* |
| | Üç gün | 122 | 2,92 | 0,96 | 3,00 | 68,02 | | |
| Gereken ilgiyi gösterme | İki gün | 22 | 2,85 | 0,41 | 3,00 | 89,82 | -2,158 | 0,031* |
| | Üç gün | 122 | 2,56 | 0,53 | 2,57 | 69,38 | | |
| Davranış kontrolü | İki gün | 22 | 3,27 | 0,54 | 3,56 | 95,02 | -2,788 | 0,005* |
| | Üç gün | 122 | 2,78 | 0,72 | 2,78 | 68,44 | | |
| Genel İşlevler | İki gün | 22 | 3,58 | 0,64 | 3,92 | 91,32 | -2,327 | 0,020* |
| | Üç gün | 122 | 3,11 | 0,90 | 3,50 | 69,11 | | |
| **Aile Değerlendirme Ölçeği Geneli** | İki gün | 22 | 3,40 | 0,55 | 3,68 | 94,95 | -2,755 | 0,006* |
| | Üç gün | 122 | 2,91 | 0,77 | 3,00 | 68,45 | | |

**p<0,05 (SO: Sıra Ortalaması, Z: Mann-Whitney U testi)*

Tablo 17'de araştırmaya katılan hastaların haftalık hemodiyaliz seans sayısına göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir.

İncelenen tabloya göre, araştırmadaki hasta bireylerin haftalık hemodiyaliz seans sayısına göre Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı seviyede olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bu test sonucuna göre haftalık hemodiyaliz seans sayısı iki gün olan hastaların Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar, haftalık hemodiyaliz seans sayısı üç gün olan hastaların puanlarından daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür.

**Tablo 18. Hastaların hemodiyaliz dışında hastalığı olması durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144)**

| | **Hemodiyaliz dışında hastalık** | **n** | $\bar{x}$ | **s** | **M** | **SO** | **Z** | **P** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Problem çözme | Var | 77 | 2,94 | 0,89 | 2,83 | 63,43 | -2,849 | 0,004* |
| | Yok | 67 | 3,41 | 0,75 | 3,83 | 82,93 | | |
| İletişim | Var | 77 | 2,93 | 0,92 | 3,00 | 64,27 | -2,563 | 0,010* |
| | Yok | 67 | 3,34 | 0,79 | 3,67 | 81,96 | | |
| Roller | Var | 77 | 2,80 | 0,77 | 2,82 | 64,60 | -2,461 | 0,014* |
| | Yok | 67 | 3,13 | 0,66 | 3,27 | 81,57 | | |
| Duygusal tepki verebilme | Var | 77 | 2,78 | 0,97 | 2,33 | 62,87 | -3,046 | 0,002* |
| | Yok | 67 | 3,31 | 0,85 | 3,67 | 83,57 | | |
| Gereken ilgiyi gösterme | Var | 77 | 2,50 | 0,53 | 2,29 | 63,94 | -2,694 | 0,007* |
| | Yok | 67 | 2,72 | 0,50 | 2,86 | 82,34 | | |
| Davranış kontrolü | Var | 77 | 2,67 | 0,74 | 2,44 | 62,55 | -3,109 | 0,002* |
| | Yok | 67 | 3,06 | 0,63 | 3,11 | 83,93 | | |
| Genel İşlevler | Var | 77 | 2,97 | 0,92 | 3,17 | 64,26 | -2,573 | 0,010* |
| | Yok | 67 | 3,43 | 0,77 | 3,83 | 81,97 | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Aile Değerlendirme Ölçeği Geneli** | Var | 77 | 2,80 | 0,78 | 2,91 | 62,95 | -2,958 | 0,003* |
| | Yok | 67 | 3,20 | 0,67 | 3,45 | 83,48 | | |

**p<0,05 (SO: Sıra Ortalaması, Z: Mann-Whitney U testi)*

Araştırmaya dahil edilen hastaların hemodiyaliz dışında hastalığı olması durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi sonuçları Tablo 18'te verilmiştir.

Tablo 18'teki verilere bakıldığında, hemodiyaliz hastalarının hemodiyaliz dışında hastalığı olması durumuna göreAile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaistatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farkın olduğu bulunmuştur (p<0,05). Hemodiyaliz dışında hastalığı olan hemodiyaliz hastalarının Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar, hemodiyaliz dışında hastalığı olmayan hemodiyaliz hastalarının puanlarından daha düşüktür.

**Tablo 19. Hastaların günlük yaşamını sürdürmek için yeterli güce ve enerjiye sahip olduğunu düşünme durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144)**

| | **Enerji** | **N** | $\bar{x}$ | **s** | **M** | **SO** | $\mathbf{X^2}$ | **p** | **Fark** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Problem çözme | Evet | 48 | 3,50 | 0,65 | 3,83 | 87,57 | 22,607 | 0,000* | 1-2 |
| | Hayır | 55 | 2,71 | 0,89 | 2,17 | 52,02 | | | 2-3 |
| | Bazen | 41 | 3,37 | 0,78 | 3,83 | 82,33 | | | |
| İletişim | Evet | 48 | 3,49 | 0,64 | 3,72 | 88,44 | 28,443 | 0,000* | 1-2 |
| | Hayır | 55 | 2,63 | 0,87 | 2,33 | 49,21 | | | 2-3 |
| | Bazen | 41 | 3,34 | 0,85 | 3,78 | 85,09 | | | |
| Roller | Evet | 48 | 3,29 | 0,51 | 3,50 | 88,22 | 20,929 | 0,000* | 1-2 |
| | Hayır | 55 | 2,58 | 0,74 | 2,36 | 52,86 | | | 2-3 |
| | Bazen | 41 | 3,06 | 0,75 | 3,45 | 80,44 | | | |
| | Evet | 48 | 3,47 | 0,72 | 3,92 | 91,29 | 31,343 | 0,000* | 1-2 |
| | Hayır | 55 | 2,48 | 0,91 | 2,00 | 48,78 | | | 2-3 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Duygusal tepki verebilme | Bazen | 41 | 3,25 | 0,90 | 3,67 | 82,32 | | | |
| Gereken ilgiyi gösterme | Evet | 48 | 2,85 | 0,38 | 3,07 | 92,10 | 23,410 | 0,000* | 1-2 |
| | Hayır | 55 | 2,36 | 0,51 | 2,29 | 53,25 | | | 2-3 |
| | Bazen | 41 | 2,63 | 0,56 | 2,86 | 75,37 | | | |
| Davranış kontrolü | Evet | 48 | 3,15 | 0,55 | 3,22 | 89,32 | 24,312 | 0,000* | 1-2 |
| | Hayır | 55 | 2,49 | 0,68 | 2,11 | 51,37 | | | 2-3 |
| | Bazen | 41 | 2,99 | 0,74 | 3,11 | 81,15 | | | |
| Genel İşlevler | Evet | 48 | 3,57 | 0,65 | 3,88 | 89,53 | 24,660 | 0,000* | 1-2 |
| | Hayır | 55 | 2,72 | 0,92 | 2,50 | 51,22 | | | 2-3 |
| | Bazen | 41 | 3,37 | 0,81 | 3,75 | 81,11 | | | |
| **Aile Değerlendirme Ölçeği** | Evet | 48 | 3,33 | 0,55 | 3,60 | 90,16 | 27,294 | 0,000* | 1-2 |
| | Hayır | 55 | 2,57 | 0,75 | 2,34 | 49,84 | | | 2-3 |
| | Bazen | 41 | 3,14 | 0,73 | 3,41 | 82,23 | | | |

**p<0,05(SO: Sıra Ortalaması, $X^2$: Kruskal-Wallis H testi)*

Tablo 19'da araştırmaya konu olan hastaların günlük yaşamını sürdürmek için yeterli güce ve enerjiye sahip olduğunu düşünme durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir.

Tablodan elde edilen sonuçlara göre, araştırmadaki hastaların Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındagünlük yaşamını sürdürmek için yeterli güce ve enerjiye sahip olduğunu düşünme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0,05). Fark ikinci gruptaki hemodiyaliz hastalarından kaynaklanmaktadır. Günlük yaşamını sürdürmek için yeterli güce ve enerjiye sahip olduğunu düşünmeyen hastaların Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar, diğer hastaların puanlarından anlamlı düzeyde daha düşüktür.

**Tablo 20. Hastaların tedavi boyunca aile danışmanlığı hizmeti isteme durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144)**

| | İsteme | n | $\bar{x}$ | S | M | SO | Z | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Problem çözme | İsteyen | 90 | 3,31 | 0,77 | 3,58 | 79,24 | -2,551 | 0,011* |
| | İstemeyen | 54 | 2,92 | 0,94 | 3,25 | 61,26 | | |
| İletişim | İsteyen | 90 | 3,26 | 0,76 | 3,39 | 77,84 | -2,003 | 0,045* |
| | İstemeyen | 54 | 2,89 | 1,02 | 3,22 | 63,60 | | |
| Roller | İsteyen | 90 | 3,06 | 0,65 | 3,18 | 77,68 | -1,946 | 0,052 |
| | İstemeyen | 54 | 2,78 | 0,84 | 3,09 | 63,86 | | |
| Duygusal tepki verebilme | İsteyen | 90 | 3,17 | 0,85 | 3,50 | 77,50 | -1,905 | 0,057 |
| | İstemeyen | 54 | 2,79 | 1,06 | 3,00 | 64,17 | | |
| Gereken ilgiyi gösterme | İsteyen | 90 | 2,67 | 0,50 | 2,71 | 77,46 | -1,879 | 0,060 |
| | İstemeyen | 54 | 2,49 | 0,55 | 2,50 | 64,23 | | |
| Davranış kontrolü | İsteyen | 90 | 2,96 | 0,67 | 2,94 | 78,43 | -2,231 | 0,026* |
| | İstemeyen | 54 | 2,67 | 0,76 | 2,78 | 62,62 | | |
| Genel İşlevler | İsteyen | 90 | 3,33 | 0,75 | 3,67 | 76,84 | -1,631 | 0,103 |
| | İstemeyen | 54 | 2,95 | 1,03 | 3,38 | 65,27 | | |
| **Aile Değerlendirme Ölçeği Geneli** | İsteyen | 90 | 3,11 | 0,66 | 3,15 | 78,71 | -2,316 | 0,021* |
| | İstemeyen | 54 | 2,79 | 0,86 | 3,04 | 62,15 | | |

**p<0,05 (SO: Sıra Ortalaması, Z: Mann-Whitney U testi)*

Tablo 20'de araştırma kapsamındaki hastaların tedavi boyunca aile danışmanlığı hizmeti isteme durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 20'ye göre, araştırmaya katılan hastaların tedavi boyunca aile danışmanlığı hizmeti isteme durumuna göre Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim ve davranış kontrolü alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede bir farkın olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Tedavi boyunca aile

danışmanlığı hizmeti isteyen hastaların Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve problem çözme, iletişim ve davranış kontrolü alt boyutlarından aldıkları puanlar, aile danışmanlığı hizmeti istemeyen hastaların puanlarından daha yüksektir.

Araştırmadaki hasta bireylerin Aile Değerlendirme Ölçeğinin roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise tedavi boyunca aile danışmanlığı hizmeti isteme durumuna göre anlamlı düzeyde bir farklılık görülmemiştir (p>0,05).

**Tablo 21. Hastaların geleceğe ilişkin bakışına göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (N=144)**

| | **Geleceğe bakış** | **n** | $\bar{x}$ | **s** | **M** | **SO** | **$X^2$** | **p** | **Fark** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Problem çözme | Olumlu | 56 | 3,65 | 0,52 | 3,92 | 94,97 | 34,615 | 0,000* | 1-2 |
| | Olumsuz | 35 | 2,52 | 0,88 | 2,17 | 43,94 | | | 1-3 |
| | Fikri yok | 53 | 3,07 | 0,83 | 3,17 | 67,61 | | | 2-3 |
| İletişim | Olumlu | 56 | 3,68 | 0,46 | 3,89 | 99,15 | 43,141 | 0,000* | 1-2 |
| | Olumsuz | 35 | 2,45 | 0,92 | 2,11 | 43,44 | | | 1-3 |
| | Fikri yok | 53 | 2,96 | 0,84 | 3,00 | 63,53 | | | 2-3 |
| Roller | Olumlu | 56 | 3,44 | 0,41 | 3,64 | 100,58 | 47,135 | 0,000* | 1-2 |
| | Olumsuz | 35 | 2,39 | 0,75 | 2,09 | 42,87 | | | 1-3 |
| | Fikri yok | 53 | 2,81 | 0,67 | 2,91 | 62,40 | | | 2-3 |
| Duygusal tepki verebilme | Olumlu | 56 | 3,63 | 0,60 | 4,00 | 99,60 | 45,111 | 0,000* | 1-2 |
| | Olumsuz | 35 | 2,33 | 0,93 | 2,00 | 44,03 | | | 1-3 |
| | Fikri yok | 53 | 2,85 | 0,88 | 3,00 | 62,67 | | | 2-3 |
| Gereken ilgiyi gösterme | Olumlu | 56 | 2,91 | 0,40 | 3,14 | 97,74 | 37,907 | 0,000* | 1-2 |
| | Olumsuz | 35 | 2,28 | 0,50 | 2,29 | 47,14 | | | 1-3 |
| | Fikri yok | 53 | 2,49 | 0,49 | 2,43 | 62,58 | | | 2-3 |
| | Olumlu | 56 | 3,29 | 0,51 | 3,56 | 98,39 | 39,848 | 0,000* | 1-2 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Davranış kontrolü | Olumsuz | 35 | 2,38 | 0,69 | 2,11 | 45,79 | | | 1-3 |
| | Fikri yok | 53 | 2,70 | 0,66 | 2,67 | 62,78 | | | 2-3 |
| Genel İşlevler | Olumlu | 56 | 3,74 | 0,42 | 3,92 | 98,63 | 40,776 | 0,000* | 1-2 |
| | Olumsuz | 35 | 2,54 | 0,94 | 2,08 | 45,17 | | | 1-3 |
| | Fikri yok | 53 | 3,02 | 0,86 | 3,33 | 62,93 | | | 2-3 |
| **Aile Değerlendirme Ölçeği** | Olumlu | 56 | 3,48 | 0,43 | 3,68 | 100,21 | 45,892 | 0,000* | 1-2 |
| | Olumsuz | 35 | 2,41 | 0,77 | 2,10 | 42,53 | | | 1-3 |
| | Fikri yok | 53 | 2,84 | 0,70 | 2,91 | 63,02 | | | 2-3 |

**p<0,05 (SO: Sıra Ortalaması, $X^2$: Kruskal-Wallis H testi)*

Tablo 21'de araştırmaya dahil olan hastaların geleceğe ilişkin bakışına göre Aile Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Kruskal-Wallis H testi sonuçları verilmiştir.

Tablodan elde edilen verilere göre, araştırmada yer alan hastaların geleceğe ilişkin bakışına göre Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Geleceğe ilişkin bakışı olumlu olan hemodiyaliz hastalarının Aile Değerlendirme Ölçeği genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar, diğer hemodiyaliz hastalarının puanlarından daha yüksek; geleceğe ilişkin bakışı olumsuz olan hemodiyaliz hastalarının puanları ise diğer hemodiyaliz hastalarının puanlarından daha düşüktür.

# 5. TARTIŞMA

Bir RRT seçeneği olan hemodiyaliz tedavisinin kişi için sağladığı avantajların yanı sıra biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarda pek çok olumsuz sonuçlarının da olabildiği bilinen bir gerçektir. Sağlığın tam manasıyla sağlanabilmesi ve yaşam kalitesinin artırılabilmesi ise biyopsikososyal bir varlık olan hastanın ancak biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerinin birlikte ele alınmasıyla mümkün olacaktır. Bununla birlikte hemodiyaliz hastalarının yaşadığı bedensel, ruhsal, sosyal, ekonomik, psikolojik ve cinsel gibi pek çok boyutta sorunların yanı sıra hasta ailesinin de tıpkı hasta gibi benzer sorunlarla karşı karşıya gelmesi sonucunda aile refahının olumsuz etkilenmesi de göz ardı edilmemesi gereken bir olgudur. Literatür incelendiğinde hemodiyaliz hastalarına ilişkin yapılan bilimsel çalışmaların çoğunlukla bireye odaklanması ve hastayı ailesiyle birlikte ele alan çalışmaların ise az sayıda olduğu görülmektedir. Bununla birlikte hastalığın getirisi olan olumsuz çıktıların aile refahına olan etkisi ve beraberinde beliren yeni sorun ve ihtiyaçları giderme noktasında hasta ve ailesinin aile danışmanlığına olan gereksinimini ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hemodiyaliz hastalarının psikososyal boyutlarıyla kapsamlı bir şekilde aile değerlendirmelerini yapmak ve aile danışmanlığına olan gereksinim durumlarını ortaya çıkarmayı amaç edinen çalışmanın bu bölümünde araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Tartışma bölümü alt başlıklara ayrılmış olup bu doğrultuda sırasıyla "Hemodiyaliz Hastalarını Tanımlayıcı Bulgulara Yönelik Tartışma", "Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma", "Aile Desteği ve Aile Danışmanlığı Gereksinimine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma" ve "Hipotez Testlerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma" ele alınmaktadır.

## 5.1. Hemodiyaliz Hastalarını Tanımlayıcı Bulgulara Yönelik Tartışma

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri değerlendirildiğinde, hemodiyaliz hastalarının %46,53'ünü kadın, %53,47'sini ise erkek hastaların oluşturduğu görülmektedir. Hemodiyaliz hastalarının cinsiyet bakımından karşılaştırmasını ele alan çalışmalar incelendiğinde bazı çalışmalarda (Yavuz, 2020; Kaçmaz, 2016; Günalay, 2017; Keskin, 2015) kadın hasta sayısının erkek hasta sayısından fazla olduğu görülse de

çalışmaların çoğunluğunda (Spies, Berg ve Nel, 2020; D'Onofrio, Simeoni, Rizza, Caroleo, Capria, Mazzitello, Sacco, Mazzuca, Teresa Panzino, Cerantonio, Segura-Garcia, Andreucci, Fazio ve Fuiano, 2017; Küntüz, 2016; Kuzeyli Yıldırım, Fadıloğlu Durmaz Akyol & Ünal, 2014; Koçer, 2006; Girgin Yılmaz, 2014; Mutlu, 2007) kadın hasta sayısına kıyasla erkek hasta sayısının fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Nitekim SB ve TND Ortak Raporu (2019) verilerine göre 2018 yılı içinde ilk tedavi olarak hemodiyalize başlayan hastaların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde hemodiyaliz hastalarının yaklaşık %58'i erkek hastaları, %42'si ise kadın hastaları içermektedir. Bu durum araştırma bulgularının, literatür bilgileri ve yayınlanan rapor sonuçları ile uyumlu olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde hemodiyaliz hastalarının %15,28'i 50 yaş ve altı, %42,36'sı 51-64 yaş arası ve yine %42,36'sı 65 yaş ve üstünde olduğu ortaya çıkmış olup yaş ortalaması 61,3 olarak hesaplanmıştır. Zhao ve arkadaşlarının (2017) hemodiyaliz hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların yaş ortalaması 57,7 olarak bulurken benzer şekilde Keskin'in (2015) gerçekleştirdiği çalışmada yaş ortalaması 57 olarak belirtilmiş, Girgin Yılmaz'ın (2014) çalışma sonucunda ise bu ortalama 54 olarak hesaplanmıştır. Hemodiyaliz hastalarını ele alan çalışmaların yaş grupları olarak dağılımı incelendiğinde ise Küntüz'ün (2016) yapmış olduğu çalışmada hastaların büyük oranının 60-80 yaş aralığında olduğu görülürken, Şimşek'in (2018) çalışmasında hastaların 35-64 yaş arasındaki hastaların, Mutlu'nun çalışmasında ise 36-45 yaş arasındaki hastaların çoğunlukta olduğu ortaya çıkmıştır. Nitekim SB ve TND Ortak Raporu (2019) verilerine göre 2018 yılı içinde ilk tedavi olarak hemodiyalize başlayan hastaların yaşa göre dağılımları incelendiğinde; %0, 92'si 0-19 yaş grubunda, %10'u 20-44 yaş grubunda, %34,87'si 45-65 yaş grubunda, %28,40'ı 65-74 yaş grubunda ve %25,81'i 75 yaş ve üzeri şeklindedir. Bulgular, büyük oranda literatürle paralellik göstermekle birlikte yaş ortalamasının yapılan çoğu çalışmalardan yüksek çıkması, çalışmaya dahil olma kriterlerinden olan18 yaş üstü olma ve medeni durum bakımından evli, boşanmış ya da ayrılmış olma şartlarının hastaların yaş ortalamalarındaki artışta bir etken olabileceğini düşündürmektedir.

Hemodiyaliz hastalarının eğitim durumu dağılımlarına bakıldığında %22,22'sinin okur-yazar olmadığı, %46,53'ünün ilkokul, %15,28'inin ortaokul ve %15,97'sinin lise/üniversite mezunu olduğu görülmüştür. D'Onofrio ve arkadaşlarının (2017) yapmış

olduğu çalışmada örneklemdeki hemodiyaliz hastalarının yaklaşık 2/3'ünün ilkokuldan daha yüksek bir eğitime sahip olmadığı ortaya çıkmıştır. Nitekim Yavuz (2020), Eryiğit Günler (2011), Girgin Yılmaz (2014), Keskin (2015), Mutlu (2007) da hemodiyaliz hastalarıyla yapmış oldukları çalışmalarında, hastaların büyük çoğunluğunun eğitim durumunun ilkokul düzeyinde olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmada hastalar medeni durumları bakımından incelendiğinde hastaların %68,06'sı evli, %31,94'ü de eşi ölmüş/ayrı/boşanmış olduğu ortaya çıkmıştır. Nitekim Girgin Yılmaz (2014) ve Mutlu (2007) da hemodiyaliz hastalarıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında hemodiyaliz hastalarının büyük çoğunluğunun medeni durumlarının evli olduğu sonucuna varmışlardır. Eryiğit Günler (2011) yapmış olduğu çalışmada hemodiyaliz hastalarının medeni durumlarına ilişkin hastalıktan sonra herhangi bir değişikliğin olup olmadığı sorulduğunda, %95,5 oranıyla hastaların büyük çoğunluğunda hastalık sonra medeni durumunda herhangi bir değişiklik olmamakla birlikte hastaların %1,9 'u eşiyle boşandığı, %1,7'sinin hastalandıktan sonra evlendiği, %0,5'inin eşinden ya da sözlüsünden ayrıldığı, %0,5'inin ise eşiyle boşanma aşamasına geldiği sonucu ortaya çıkmıştır.

Araştırmada yer alan hastaların %89,58'inin çocuğu varken, %10,42'sinin çocuğu yoktur. Çocuğu olanların %42,19'u 1-2 çocuk sahibi, %41,41'i 3-4 çocuk sahibi ve %16,41'i 5 çocuk ve üzeridir. Nitekim Yavuz'un (2018) diyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların %34,5 gibi bir oranla büyük çoğunluğu 2 çocuk sahibi olup bu oranı takiben hastaların %22,2sinin 3 çocuk sahibi olduğu bilgisi yer almaktadır.

Çalışmada birlikte yaşanan kişilere göre dağılıma bakıldığında hastaların %63,19'unun eşiyle, %59,72'sinin çocuklarıyla, %13,19'unun anne ve babayla, %3,47'sinin kardeşleriyle, %8,33'ünün yalnız yaşadığı ve %11,11'inin diğer ifadesini seçtiği görülmüştür. Bu çalışma bulgularına benzer şekilde Eryiğit Günler'in (2011) hemodiyaliz hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların %37,9 gibi büyük bir oranının eş ve çocuklarıyla, %31,5'inin ise yalnızca eşleriyle birlikte yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmadaki hastaların %9,72'si çalışmakta, %90,28'i çalışmamaktadır. Çalışmama nedeni hastaların %20,00'sinde emekli olması, %46,92'sinde çalışmak istememesi, %4,62'sinde hastalıktan dolayı iş bulamaması ve %28,46'sında ise hastalıktan dolayı çalışmaması şeklindedir. Hastalık durumunun, aile üyelerinin yaşam kalitesini bozarak

aile yaşantısı başta olmak üzere iş ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkileyen bir durum olarak kabul edildiği bilinen bir gerçektir (Üstüner Top, 2015, s.305). Nitekim hastalığın getirisi sağlık sorunları neticesinde kişilerin iş hayatları değişebilmekte ve ekonomik rollerden vazgeçilebilmektedirler (Power, 1977, s. 70-71). Huang ve arkadaşları (2017) yapmış olduğu çalışmasında çalışan 117 hastadan 16'sının diyaliz tedavisine başlamadan işten ayrıldığı, 49 hastanın tedavi başlangıcında işten ayrıldığı sonucuna ulaşmış, işi bırakma ana nedenleri olarak ise, fiziksel yetersizlik, diyaliz ve çalışma programları arasındaki çatışma, işverenlerden destek eksikliği ve aile üyelerinin direnişi olarak belirtmiştir.

Hemodiyaliz hastalarının aylık gelir dağılımlarına bakıldığında %39,58'inin gelirinin 0-2324 TL arası, %23,61'inin 2325-3000 TL arası, yine %23,61'inin 3001-4000 TL arası ve %13,19'unun gelirinin 4001 TL ve üzeri olduğu görülmüştür. Nitekim hemodiyaliz hastalarını ele alan diğer çalışmalarda da aylık gelir ortalamasının düşük olduğu görülmektedir (Mutlu, 2017; Ekin, 2019; Yavuz, 2018). Hemodiyaliz hastalarında yaygın olarak görülen bu duruma ilişkin, hastalık sonrası hastalarda meydana gelen işsizlik durumunun bir sonucu olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın bulgularından hemodiyaliz hastalarının çok az bir kısmının sosyal güvencesinin olmadığı, sosyal güvence bakımından hastaların yarısından fazlasının SSK'ya bağlı olduğu görülmektedir. Nitekim Mutlu (2007), Hacımusalar (2005) ve Yavuz (2020) da hemodiyaliz hastalarıyla yapmış olduğu çalışmalar da hastaların çoğunluk bakımından sahip olduğu sosyal güvence kuruluşunun SSK olduğunu göstermektedir.

### 5.2. Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Araştırma verilere göre, araştırmadaki hasta bireylerin %6,94'ünün 1 yıldan az süreyle hemodiyaliz tedavisi aldığı, %47,22'sinin 1-5 yıl arası, %20,14'ünün 6-10 yıl arası ve %25,69'unun 10 yıldan fazla süreyle hemodiyaliz tedavisi aldığı görülmüştür. Bulgularımızla uyumlu olarak literatür taramalarında da hemodiyaliz tedavisi alan hastaların tedavi aldığı sürenin çoğunlukla 5-10 yıl arasında olduğu ortaya çıkmıştır (Mutlu, 2007; Küntüz, 2016; Yavuz, 2020). Nitekim güncel veriler incelendiğinde hemodiyaliz hastalarının %15.54'ü 1 yıldan az, %49.25'i 1-5 yıl arası, %21.61'i 6-10 yıl

arasında, %78.33'ü 11-15 yıl arasında, %3.46'sı 16-20 yıl arasında ve %1.81'i 20 yıldan fazla süredir hemodiyaliz tedavisi aldığı görülmektedir (SB ve TND Ortak Raporu, 2019).

Kronik hemodiyaliz uygulaması, 1960'lı yıllarda haftada bir kez uygulanırken daha sonraki yıllarda uygulama sayısı ikiye, sonra ise üçe çıkartılmıştır. Üç sayısının yeterli olduğu düşünüldüğünden uzun yıllar bu sayıda sabit kalınmıştır (Sezen ve Arslan, 2014, s.135). Bu çalışmaya katılan hastaların %15,28'i haftalık iki gün hemodiyaliz seansına girerken, %84,72'si üç gün girmektedir. Mutlu (2007) ve Eryiğit Günler'in (2011) gerçekleştirdiği çalışmalarda da hemodiyaliz hastalarının çoğunlukla 3 gün hemodiyaliz tedavisi aldığı belirtilmektedir. Güncel veriler incelendiğinde ülkemizdeki hemodiyaliz hastalarının yaklaşık %1'i haftada 1 kez, %10'u haftada 2 kez, %88 gibi büyük bir çoğunluğu haftada 3 kez, %1'i ise 3'den fazla makineye bağlanmaktadır. Gerek tedavinin sıklığı gerekse tedavi süresinin, hastanın ihtiyacı doğrultusunda belirlenmesi gerekliliğinin yanı sıra günümüzdeki hemodiyaliz tedavi süresinin genellikle, haftada en az 3 gün, her tedavinin ise en az 4 saat sürdüğü belirtilmektedir. (Oygar, 2014). Çalışmada hemodiyaliz seans süresin hastaların hemen hemen tamamında (%99,31, 4) 4 saat olması literatür bilgileriyle uyumludur.

Uyum, tüm tedavilerde başarının ana unsurudur (Dikeç ve Kutlu, 2015, s. 40). Özellikle yaşamını herhangi bir kronik hastalık ile geçiren kişiler için yaşamanın anahtarı kuşkusuz başarılı bir uyumdur (White, Smith ve O'Dowd, 2005, s. 10). Tedaviye uyum, reçete edilen ilaçlara uymanın yanı sıra sağlık personellerinin tüm önerilerine uyma gibi geniş bir yelpazede düşünülmelidir (Dikeç ve Kutlu,2015, s. 40). Bu çalışmada hemodiyaliz hastalarının büyükçe bir kesiminin (%96,53) tedavi seansını beklenen zamandan önce terk etmediği saptanmıştır. Önerilen ilaç tedavisine uyan hastalar yine çok büyük bir orandadır (%97,92). Nitekim Mutlu'nun (2007) yapmış olduğu çalışmada %83,8 oranında hastaların hemodiyaliz seansını zamanından önce terk etmediği, 16,2 oranındaki hastaların ise hemodiyaliz seansını zamanından önce terk ettiği sonucu bulunmuştur. Hacımusalar'ın (2005) yapmış olduğu çalışmada hemodiyaliz hastalarına yöneltilen ilaç tedavisine uyum gösterme sorusuna ilişkin sonuçlarda ise hastaların %17.8'inin kısmen uyum gösterdiği ve %79.8'inin ilaç tedavisine uyum gösterdiği belirtilmiştir.

Daha önce de değinildiği üzere hemodiyaliz hastası pek çok hastalığa sahip olabilmektedir. Genellikle primer böbrek hastası olan kişilere kıyasla hipertansiyon,

diabetes mellitus gibi sistemik hastalığı olanlarda hastalık daha zor seyrettiğinden baş etmek ve uyum sağlamak da daha fazla güç hale gelmektedir (Ergün ve Aygün, 2015, s. 318). Bununla birlikte tedaviye bağlı olarak meydana gelen fiziksel ve ruhsal sorunlar, geleceğe yönelik belirsizlikler, aile ve iş yaşamı ile ilgili sorunlar, sosyal ve manevi sorunlar hastaların iyilik halini ve uyumunu olumsuz olarak etkilemektedir (Çam, Saka ve Gümüş, 2009, s. 73-74). Hemodiyaliz hastalarının %53,47'sinin hemodiyaliz dışında bedensel ya da ruhsal hastalığı varken, %46,53'ünün yoktur. Hemodiyaliz dışında tedavi alanlar %70,13 oranında, almayanlar ise %29,87 oranındadır. Konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde Keskin'in (2015) yapmış olduğu çalışmada hastaların %36,5'inin KBY haricinde ikinci bir hastalığın olduğunu belirtirmiş, Mutlu'nun (2007) yapmış olduğu çalışmada ise hemodiyaliz hastalarının %29,9'unun sekonder bir hastalığa sahip olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

KBY sonucunda kişilerin yaşamlarının büyük oranda değiştiği bir gerçektir. Bununla birlikte hemodiyaliz tedavisi alan kişilerin, tedaviden kaynaklı olarak çeşitli sorun ve değişimler yaşadığı bilinmektedir. Hemodiyaliz hastalığı nedeniyle günlük hayatta yaşanan değişiklikler sorusuna hastalar çeşitli yanıtlar vermişlerdir. Örneğin hastaların büyük bir çoğunluğu (%96,53) "uykusuzluk, beslenme, diyet ve iştah sorunu yaşadığını; ağrılar, halsizlik ve yorgunluk gibi sağlık problemlerinin arttığını bildirmiştir. Yine önemli bir çoğunluk (%68,06) "içe kapadığını, hiçbir şeyden zevk almadığını dile getirmiş, arkadaşlarıyla birlikte aktivitelere katılamamayı (%66,67) önemli bir sorun olarak görmüştür. Hemodiyaliz hastalarının geribildirimleri sosyal hayatın sekteye uğradığını açıkça göstermektedir. Sağlığın yitirilmesi ve yaşam enerjisinin azalması, bedensel güç kaybı hastaların sosyal hayatla bağlarını adeta zayıflattığını düşündürmektedir. Mutlu (2007) ve Küntüz (2016) tarafından diyaliz hastalarıyla yapılan çalışmalarda da bu çalışma bulgularını destekler bulgular elde dilmiş olup hastaların büyük çoğunluğunun kendilerini yorgun hissettikleri ve güç kaybı yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Hemodiyaliz hastalarının hemodiyaliz tedavisini gün aşırı olarak almaları ve her seansın yaklaşık 4 saat sürmesi, vakitlerinin çoğunu hastanede geçirmeleri anlamına gelmektedir. Kişinin böyle bir tedaviye dahil olması bir yandan bedensel olarak yorgunluğa ve güç kaybına; diğer yandan tedavide geçirilen süre ile zaman kaybına neden olmaktadır. Üst üste gelen sorunlar psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutlarda farklı sorunları tetikleyerek sorunların karmaşık hale geldiğinden söz edilebilir. Nitekim Eryiğit

Günler (2011) hemodiyaliz hastalarıyla yapmış olduğu bir çalışmanın sonucunda da benzer bulgular elde etmiştir. Onlar hastaların çoğunun diyet sorunundan etkilendiğini, diyet sorununu takiben aile içi ilişkileri, arkadaşlık ve dostluk ilişkilerini sınırlandırdığını ve bu sonuçlara göre hemodiyaliz hastalarının öncelikle fiziksel bir kısıtlamayı, sonrasında ise sosyal bir kısıtlamayı yaşadıklarını ortaya çıkarmışlardır.

### 5.3. Aile Desteği ve Aile Danışmanlığı Gereksinimine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Hemodiyaliz hastalarının hastalık durumundan kaynaklı olarak ortaya çıkan başka kişilere ihtiyaç durumu, sorunlarla baş edebilirlik ve hastalığı kabullenebilme gibi gerek sorunun oluşumunda gerekse sorunların çözüme kavuşmasında sosyal destek sistemleri büyük bir rol oynamaktadır. Ailelere verilecek olan profesyonel destek aşamasında söz konusu danışan profili için önemli bir değerlendirme kriteri niteliğinde olan sosyal desteğin tüm boyutlarıyla ve ayrıntılı olarak incelenmesi oldukça önemlidir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, araştırmaya katılan hastaların destek kaynakları çoğunlukla çocukları ve eşleridir. Bununla birlikte kardeşler, anne-baba ve akrabalar da birer destek kaynağı olarak öne çıkmaktadır. Araştırmanın bulguları Hacımusalar'ın (2005) ve Eryiğit Günler (2011) yapmış olduğu çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir. Bahsi geçen bu çalışmalarda eş ve çocuk kategorisi beraber ele alınmış olup hastaya destek olan ve bakım verme rolünü üstlenen kişilerin öncelikle eşler ve çocuklar olduğu bildirilmektedir.

Hemodiyaliz hastalarının çoğunluğu (%62,50) tedavi boyunca aile danışmanlığı hizmeti istemekte, daha az bir kısmı (%37,50) ise istememektedir. Yavuz'un (2020) hemodiyaliz hastalarıyla yapığı çalışmada farklı bulgular elde edilmiş olup hastaların tedavi sürecinde herhangi bir danışmanlık hizmeti alma durumlarına ilişkin sorulan soruya hastaların %18,9'u evet derken % 81,1'i hayır yanıtını vermiştir. Eryiğit Günler (2011) hemodiyaliz hastaları ile yapmış olduğu çalışmasında hastaların tedavi sürecinde sosyal hizmet uzmanı, psikolog gibi danışmanlara ihtiyaç duyma durumlarına ilişkin yöneltilen soruya hastaların %19,2'inin ihtiyaç duyduğu fakat hiç görüşmediği, %10,7'inin ihtiyaç duyduğu ve görüştüğü, %65,6'inin ihtiyaç duymadığı, %4,5'inin ise kendisinin ihtiyaç duymadığı fakat bazı hastalar için gerekli olduğu düşüncesinde olduğu yanıtını vermiştir. Hemodiyaliz hastaları profesyonel bir desteği istemede bilgi, farkındalık veya yönlendirilme eksikliğinden kaynaklı olarak bu tür hizmetlerden yararlanma eğilimi

gösterememiş olabilirler. Nitekim özel diyaliz merkezlerinde psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi meslek elemanlarının olmamasının, bu hizmeti talep etme ve hizmete erişim noktasında önemli bir engel olduğu düşünülmektedir.

Aileyle çalışma, ailenin üyeleriyle birlikte içinde bulundukları durumla baş etmeleri ve yeni sorun çözme becerilerini kazandırarak ailenin tekrar benzer sorunları yaşamaması için ya da yaşadığı takdirde baş edebilirliğinin daha etkili olabilmesi için gerçekleştirilen sistemli müdahaleler bütünüdür. Bu doğrultuda kişilerin annelik, evlatlık, iş kadınlığı gibi yeni roller öğrenmeleri ya da var olan rollerinde gerekli değişim ve gelişimi sağlayabilmeyi amaçlanmaktadır (Mavili, 2015, s. 153). Ailede meydana gelen olaylar sonucunda bir üyenin yaşamının değişmesi aile ortamında her bir aile üyesinin yaşamlarını değiştirmesi anlamına geldiğinden aile kurumunun üzerinde durulması önemli olacaktır. Aile danışmanlığının amacı sadece bağlam içerisindeki bireysel olarak değil aileyi bütünüyle değiştirmeye çalışmaktır. Böylece ailenin her bir üyesi değişecek ve birbirlerini eş zamanlı olarak değişime yönelteceklerinden iyileşme kalıcı olacaktır (Nichols, 2013, s. 32). Nitekim hastaların aile danışmanına yönlendirilmesi durumunda konuşulmak istenen konular incelendiğinde hastaların aile için kaliteli/güzel zaman geçirememe, stresle başa çıkma sorunları, maddi sorunlar, aile içi iletişim sorunları ve cinsel sorunlar öne çıkmaktadır. Hemodiyaliz hastalığının tedavisinin meşakkatli ve zaman alıcı olması, bedensel yorgunluğa neden olması yaşanan tüm sorunların kaynağı olarak görülmektedir. Bu durumun özellikle aile içi güzel zaman geçirebilme konusunda da engel teşkil edebildiği düşünülmektedir. Sertdemir (2012) tarafından hemodiyaliz hastalarının algılanan stresörlerin ve bakımdan memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik yapılmış çalışmada diyaliz hastalarının çok büyük bir kısmının (%92,2) sigara kullanma ve yoğun stres yaşama sorunları ön plana çıkmıştır. Hemodiyaliz hastalarının pek çok nedenle ortaya çıkan ve baş etmesi gereken farklı düzeyde strese sahip olduğu farklı araştırmalarda da desteklenmektedir (Othman, Marzuki, Jaafar, Zainuddin, ve Yusop, 2020; Sertdemir, 2012; Hitchcock, Brantley, Jones ve McKnight, 1992; Takaki, Nishi, Shimoyama, Inada, Matsuyama, Kumano. ve Kuboki, 2003; Ahmad ve Nazly, 2015; Baykan ve Yargic, 2012). Hemodiyaliz hastalarının aile danışmanlığı hizmeti alma durumunda konuşmaya değer gördüğü bir diğer önemli konu maddi sorunlardır. Literatüre bakıldığında bu hastaların yaklaşık 2/3'üne henüz kronik böbrek yetmezliği tanısı verilmeden önce işini kaybettiğine (Akpolat ve Utaş, 2001),

yaşam aktivitelerinde kısıtlanmanın çalışma hayatının olumsuz yönde etkilediğine (Akpolat ve Utaş, 2001) dair açıklamalara rastlanmaktadır. Eryiğit Günler (2011) yapmış olduğu çalışmada hemodiyaliz hastalarının hastalıklarından kendilerinin haricinde olumsuz anlamda en çok çocuklarının ve eşlerinin etkilendiğini ortaya çıkarmıştır. Bu saptama hemodiyaliz hastalığının en çok hastanın aile üyelerini etkilediğinin önemli bir göstergesidir. Bir aile danışmanlığı hizmeti alınması durumunda aile ve aile üyeleriyle ilgili konuların hastalar tarafından öncelikli olarak istenmesi doğal bir beklenti olarak değerlendirilmektedir.

Ailede, ailenin yapısına uygun olarak her üyeye verilen çeşitli roller vardır. Kişi bu role uygun olan ve aile içerisinde kendisinden beklenen davranışlar sergiler. Genelde aile içindeki bu rollerin belirlenmesinde cinsiyet belirleyicidir. Aile reisi olan erkek üye daha çok evin geçimini sağlama, çocukların eğitimiyle ilgili sorumluluklar ve karar verme gibi sorumluluklar üstlenmektedir. Ailenin kadın üyesinin ise genelde terbiye verme, bakım, sevgi ve ilgi gösterme gibi rolleri vardır (Turan, 1999, s. 124). Araştırmanın bulguları hastalık sonrasında hasta üyenin aile içi rollerini yerine getirmedeki yaşadığı yetersizlik durumunun aile içerisinde süregelen düzeni bozabileceğine ve bir dengesizliğe neden olabileceğine işaret etmektedir.

### 5.4. Hipotez Testlerine İlişkin Bulgulara Yönelik Tartışma

Hatırlatmak gerekirse hemodiyaliz hastalarının ADÖ genelinden aldıkları puanların ortalaması 2,99±0,76; ölçeğin alt boyutları olan "problem çözme puan" ortalaması 3,16±0,86; "iletişim" puan ortalaması 3,12±0,88; "roller" puan ortalaması 2,96±0,74, "duygusal tepki verebilme" puan ortalaması 3,03±0,95; "gereken ilgiyi gösterme" puan ortalaması 2,60±0,53; "davranış kontrolü" puan ortalaması 2,85±0,71 ve "genel işlevler" puan ortalaması 3,19±0,88'dir. Bulgular genel olarak, hemodiyaliz hastalarının aile değerlendirmelerindeki olumluluğa işaret etmekte olup literatürde bulunan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. ADÖ kullanılarak hemodiyaliz hastaları üzerinde gerçekleştirilen az sayıdaki çalışmalar ya hastalar üzerinden (Yavuz, 2018), ya da hemodiyaliz hastalarının yakınları (Asan, 2007) üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmalarda genel olarak hasta ve yakınlarının hastalıktan kaynaklı aile işlevleri etkilense de bu olumsuz etkilerinin düşük olup aile değerlendirmelerinin iyi denilecek bir puan ortalamasına sahip oldukları sonucu ortaya çıkmıştır.

Araştırmada bazı sosyo-demografik özelliklerin aile değerlendirme ile ilişki incelenmiştir. İlk incelen değişken "cinsiyet"tir. Hemodiyaliz hastalarının cinsiyete göre ADÖ genelinden ve ölçeğin iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların problem çözme ve gereken ilgiyi gösterme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kadın hastaların ADÖ genelinden ve iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar, erkek hastaların puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür. Nitekim bu durum kadın hastaların erkek hastalara kıyasla daha olumsuz aile işlevlerine sahip olduğu anlamına gelmektedir. Buna karşılık literatürde farklı sonuçlara rastlanılmaktadır Örneğin Yavuz'un (2018) araştırmasında cinsiyetler arası anlamlı bir farka ulaşılamamıştır. Literatürde Hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri üzerinde yapılan araştırmalara daha sık rastlanılmaktadır. Bu araştırmalarda hemodiyaliz hastalarının cinsiyet değişkeni ile yaşam kalitesi arasında ilişkilerde sonucun değişmediği, yani anlamlı bir farka ulaşılamadığı görülmektedir (Günalay, 2017; Değirmenci Saltürk, 2006; Annak, 2005; Ünal ve Bilge, 2005; Durmaz Akyol, 1992). Altay ve ark. (2010) fizik tedavi alan hastaları üzerinde yapmış olduğu çalışmada hastaların meslek grupları ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, buna bağlı olarak ise çalışan gruplara kıyasla ev hanımlarının puanlarının da daha düşük olduğu saptanmıştır. Yılmaz (2005) tarafından kronik hastaların yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan çalışmalarda elde edilen bulgularla birlikte araştırmaya katılan toplam 67 kadın hastanın 63'ünün ev hanımı olması da göz önünde bulundurulduğunda cinsiyetler arası çıkan bu farkın, çalışma durumuyla yakından ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim bir işte çalışmanın hastaya maddi getirisin yanı sıra psikolojik ve sosyal yönden olumlu etkileri de bulunabilir.

Bu araştırma kapsamında hemodiyaliz hastalarının yaş grubuna göre ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Başka bir deyişle hastaların yaş grubu gözetilmeksizin ADÖ'den aldıkları puanlar benzerdir. Nitekim Yavuz'un (2018) hemodiyaliz hastalarının aile işlevlerine ilişkin yapmış olduğu

çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılarak yaşla ilgili istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Hemodiyaliz hastalarının yaşam doyumunu ele alan iki araştırmada puanların yaşa göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır (Fırat, 2008; Ekin, 2019). Literatüre yansıyan bu sonuçlar, araştırma bulguları ile örtüşmektedir.

"Eğitim durumu" değişkenine araştırmanın bulguları eğitim durumu ile ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğuna ($p<0,05$) işaret etmektedir. Okur-yazar olmayan ve eğitim durumu ilkokul olan hastaların ADÖ genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar, eğitim durumu ortaokul ve lise/üniversite olan hastaların puanlarından daha düşüktür. Asan (2007) tarafından hemodiyaliz hastalarının yakınlarıyla gerçekleştirilen çalışmada da benzer bulgular elde edilmiş olup eğitim seviyesi yükseldikçe aile işlevlerinin iyileştiği sonucuna ulaşılmıştır. Nitekim KBY grubu hastalarında yeti yitiminin fazla olduğu bilinmekle birlikte eğitimsiz ve ağır yeti yitimi yaşayan hastalarda depresyon riskinin daha yüksek olduğu araştırmalarca desteklenmektedir (Suh vd., 2002, s. 337-345; Özdemir ve Taşcı, 2013, s. 62). Bu bulgular hemodiyaliz hastalarında eğitim düzeyinin önemine işaret etmekle birlikte çalışmanın bulguları ile diğer çalışma sonuçlarının uyumlu olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Hemodiyaliz hastalarının medeni durumuna göre ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Evli olan hastaların ADÖ genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar, diğer (eşi ölmüş/ayrı/boşanmış) hastaların puanlarından daha yüksektir. Fırat'ın (2008) hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptığı çalışmada hastalarının medeni duruma göre yaşam doyumu puanlarının değişmediği sonucuna ulaşmıştır. Fakat Keskin'in (2015) KBY hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmada yalnız yaşayan hastalara kıyasla medeni durumu dul olan (boşanmış ya da eşini kaybetmiş) hastaların depresyon ortalama puanları yüksek bulunmuştur. Yaşkesen'in (2018) hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptığı çalışmada ise evli ve bekarlara göre boşanmış/dul olanların yorgunluk puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulunmuştur. Yapılan araştırmalar ve bu

araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda evli olmanın kişiler için önemli bir sosyal desteğe sahip olmak anlamına gelebileceği düşünülmektedir. Nitekim bu çalışmadan elde edilen bilgiler doğrultusunda da araştırmaya katılan hastaların %68,75'i aile içinde ilgilenen/destek olan kişi/kişiler olarak eşi olduğunu belirtmesi bu görüşü destekler niteliktedir (bkz. Tablo 6).

Hemodiyaliz hastalarının çocuk sahibi olma durumu da araştırma kapsamında incelenmiştir. Yapılan testler sonucunda çocuk sahibi olmaya göre ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çocuğu olan hastaların ADÖ genelinden ve ölçeğin tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar, çocuğu olmayan hemodiyaliz hastalarının puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlara göre tıpkı evli olma durumu gibi çocuk sahibi olmanın da sosyal destek sağlama noktasında önemli bir etken olduğunda söz edilebilir. Nitekim araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının çoğunluğunun (%75,69) aile içinde ilgilenen/destek olan kişi/kişiler olarak çocuklarını belirtmiş olması bu görüşü destekler niteliktedir (bkz. Tablo 6).

Hemodiyaliz hastalığının hastanın çalışma hayatını olumsuz etkileyerek pek çok hastanın iş hayatını değiştirdiği ve kimi zaman işsizlik durumunu ortaya çıkardığı literatürce desteklenmektedir (Monroe ve Raiz ,2005, s. 63; Mollaoğku, 2012; Kaya Akı ve Demir Dikmen, 2012). Araştırma bulgularına göre, hastaların ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede bir farkın olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Çalışan hastaların ADÖ genelinden ve problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar, çalışmayan hastaların puanlarından daha yüksektir. İlgili literatür incelendiğinde fizik tedavi alan hastalar (Altay, Gönener, İslam ve Göv, 2010) ile kronik hastalar (Yılmaz, 2005) üzerinde yaşam kalitesini inceleyen çalışmalarda çalışıyor olmanın yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır. Ekin'in (2019) hemodiyaliz hastalarının yaşam doyumunu ele alan çalışmasında ise memur ve diğer meslek gruplarına kıyasla işsiz hastaların puanlarının düşük olduğu saptanmıştır. Bu araştırmanın bulguları ve literatür

bilgileri bu hasta grubunda çalışıyor olmanın aile yaşamı açısından ne kadar önemli olduğunu somut bir şekilde ortaya çıkarmaktadır.

Hemodiyaliz hastalarının aylık gelire göre ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Aylık geliri 0-2324 TL olan hastaların ADÖ genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar, diğer hastaların puanlarından daha düşüktür. Araştırmada kullanılan Anket Formunda bulunan aylık gelir sorusu yanıt seçenekleri, asgari ücretin baz alınmasıyla belirlenmiştir. Nitekim 2020 yılında asgari ücret, 2324 TL olarak açıklanmıştır (www.ozgidais.org.tr). Elde edilen bulgular aylık geliri asgari ücretin altında olan hastaların aile değerlendirmelerinin diğer hastalara kıyasla daha olumsuz olduğu yönündedir. Nitekim Ekin'in (2019) hemodiyaliz hastalarının yaşam doyumunu ele alan çalışmasında 3001-4000 TL arası gelire sahip olan hastaların yaşam doyumu düzeyi geliri 2001-3000 TL arası, 1001-2000 TL arası, 1000 TL ve altı olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte diyaliz hastalarının aile değerlendirmelerini ele alan diğer bir çalışmada (Yavuz, 2018) haneye giren düşük aylık gelirin aile işlevlerini olumsuz etkilediği sonucunu elde etmiştir. Bu doğrultuda literatürdeki bilgiler, çalışmamızda elde edilen verileri destekler niteliktedir.

Araştırma bulgularına göre, araştırmaya alınan hastaların hemodiyaliz tedavisi alma süresine göre ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Başka bir ifadeyle hastaların hemodiyaliz tedavisi alma süresi gözetilmeksizin ADÖ genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar benzerdir. Fırat'ın (2008) hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptığı çalışmada da benzer veriler elde edilmiş ve tedavi başlangıcından itibaren geçen sürenin yaşam kalitesi puanlarını anlamlı şekilde etkilemediği tespit edilmiştir.

Churchill'e göre de hastalık, hastanın sosyal ve boş vakit faaliyetlerini, başkalarıyla ilişkilerini ve aile işlevlerini doğrudan etkilemektedir (Churchil, D. N. 2006). Bu durumda tedaviye ayrılan sürenin aile üzerinde önemli etkilerinden söz edilebilir. Araştırmada hemodiyaliz hastalarının haftalık hemodiyaliz seans sayısı ile aile

değerlendirmeleri arasındaki ilişkiye de bakılmak istenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda hastaların ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı seviyede olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Haftalık hemodiyaliz seans sayısı iki gün olan hastaların ADÖ genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar, haftalık hemodiyaliz seans sayısı üç gün olan hastaların puanlarından daha yüksektir. Hemodiyaliz tedavisinin gün aşırı olarak haftada 3 gün, günde ortalama 4 saat sürmesi hasta ailesi için başlı başına bir sorun olabilmektedir. Dolayısıyla zamanının büyük bir kısmını tedavi için harcayan hastanın ailesine ayırdığı vakit oldukça kısıtlı kalmaktadır. Haftada iki gün hemodiyaliz tedavi almak, görece daha kısa bir süreç olduğundan hasta daha fazla vaktini kendisi ile ailesine ayırabilmekte ve böylece tedavi süresi aileyi daha az etkilemektedir.

Bu araştırma kapsamında hemodiyaliz dışında hastalığın olması durumu ile ADÖ'den alınan puanlar da değerlendirmeye alınmıştır. Bu doğrultuda yapılan testler sonucunda hemodiyaliz dışında hastalığın olması durumu ile ADÖ ve tüm alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farkın olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hemodiyaliz dışında hastalığı olan hemodiyaliz hastalarının ADÖ genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar, hemodiyaliz dışında hastalığı olmayan hemodiyaliz hastalarının puanlarından daha düşüktür. Nitekim farklı bir rahatsızlığa sahip olmak beraberinde daha fazla sorun ve ihtiyacı getirebilmekte ve bu durum ailenin olumsuz anlamda daha fazla etkilenmesi ile sonuçlanabilir. Fırat'ın (2008) hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptığı çalışmada hastaların başka sağlık sorunu olma durumu ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı bulunmakla birlikte Yavuz (2018) tarafından yapılan çalışmada hemodiyaliz hastalarının KBY haricinde başka bir rahatsızlığının olması durumunun aile işlevlerini olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Yavuz'un (2018) elde ettiği bu sonuçlarla çalışmanın bulguları uyuşmaktadır.

Aile danışmanlığı; Ivan Murray Bowen, Nathan Ackerman, Virginia Satir, Dan Jackson, Salvador Minuchin, Jay Hayley gibi öncü isimlerin katkılarıyla, 1950'lerden itibaren geleneksel psikoterapiden ayrılıp aileye özgü olarak ortaya çıkan yeni bir sorun çözme sürecini ifade etmek amacıyla kullanılan bir kavram olmuştur (Demirbilek, 2016, s. 110).

Bu kavram, bireysel danışmanlık gibi sebep-sonuç perspektifine odaklanmak ve insanları ayrı varlıklar olarak görmek yerine kişileri bir ilişki ağı bağlamında görür (Tse, Ng, Tonsing ve Ran, 2012, s. 117-118). Hemodiyaliz hastalarının aile danışmanlığını isteyip istemedikleri bu araştırmanın temel problemlerinden biri olmuştur. Araştırmaya katılan hastaların tedavi boyunca aile danışmanlığı hizmeti isteme durumuna göre ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim ve davranış kontrolü alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede bir farkın olduğu belirlenmiştir. Tedavi boyunca aile danışmanlığı hizmeti isteyen hastaların ADÖ genelinden ve problem çözme, iletişim ve davranış kontrolü alt boyutlarından aldıkları puanlar, aile danışmanlığı hizmeti istemeyen hastaların puanlarından daha yüksektir. Literatürde hemodiyaliz hastalarının aile danışmanlığı gereksinimine ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Göç (2006) tarafından kadınlarla gerçekleştirilen bir çalışmada aile yaşamlarından memnuniyet düzeyi ile aile danışma merkezinden yararlanma konusundaki düşünceler karşılaştırılmış olup aile yaşamlarında çok memnun olan kadınların %91.4'ü, orta düzeyde memnun olan kadınların %62.9'u, hiç memnun olmayan kadınların %62.2'si danışmanlık almayı düşündüğü ortaya çıkmıştır. İlk başta çelişkili gibi görünen bu bulgu, aile danışmanlığı isteyen hastaların aile danışmanlığına yönelik bilgi, bilinç ve farkındalık düzeyinin fazla olduğu ve daha iyi bir aile düzeni istediklerini, bunun için ise yeni çözüm yolları ve arayışa açık olduklarını düşündürürken; aile danışmanlık hizmeti istemeyen hastaların bu hizmetlerin amaçlarından çok haberdar olmadıklarını ve bu ailelerde daha iyi aile işlevleri konusunda umutsuz görüşün baskın olabileceğini, dolayısıyla yeni bir çözüm yolları ve arayış konusunda isteksiz olabildikleri şeklinde yorumlanabilir.

Bu araştırma kapsamında hastaların geleceğe ilişkin bakış açılarının olumlu veya olumsuz olması aile değerlendirmede önemli bir faktör olarak kabul edilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, geleceğe ilişkin bakışı olumlu olan hemodiyaliz hastalarının ADÖ genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar, diğer hastaların puanlarından daha yüksek olup geleceğe ilişkin bakışı olumsuz olan hastaların puanları ise diğer hastaların puanlarından daha düşüktür. Nitekim bulgular aile işlevlerinin sağlıklı olması hastaların geleceğe daha pozitif bakmasında bir etken olabileceği yorumunu beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte araştırmadan elde edilen sonuçlara göre geleceğe bakışa ilişkin hastaların % 38,89'u olumlu, %24,31'i olumsuz, %36,81 gibi önemli bir oranda

ise fikri olmadığı yanıtını vermiş olması, geleceğe bakışta fikri olmayan hastaların da bir belirsizlik içerisinde olduğu ve aile danışmanlığı gereksinimlerinin bu hastalar için de yararlı olabileceğini düşündürmektedir. Kabakaş (2016) tarafından hemodiyaliz hastaları üzerinde gerçekleştirilen çalışmada geleceğe ilişkin kaygı duyan hemodiyaliz hastalara kıyasla geleceğe ilişkin kaygı duymayan hastaların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürdeki bu çalışma sonuçları ile araştırmanın bulguları örtüşmektedir.

# 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

## 6.1. SONUÇ

Hastalıkla birlikte neredeyse her alanda güçlüklerle karşılaşan hemodiyaliz hastalarının, haftanın üç günü yaklaşık 4'er saat hemodiyaliz tedavisi almalarıyla makiye bağlı bir yaşam sürdürmeleri ve vakitlerinin çoğunu hastanede geçirmeleri, kalan vakitlerinin büyük bir kısmında ise hemodiyaliz işleminin bir sonucu olan beden sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalmaları, hastaların yaşam tarzını büyük oranda değiştirebilmektedir. Nitekim beden sağlığı problemline bağlı olarak zamanla gelişen ve birbiriyle ilintili olan sosyo-ekonomik sorunlar, ruh sağlığı sorunları ve cinsel sorunların en büyük yansımasının görüldüğü kişiler aile üyeleri olmaktadır.

Hemodiyaliz hastalarının psikososyal boyutlarıyla kapsamlı bir şekilde aile değerlendirmelerini yapmak ve aile danışmanlığına olan gereksinim durumlarını ortaya çıkarmayı amaç edinen bu çalışmada Konya il merkezinde faaliyette bulunan biri kamu diğeri özel sektöre ait iki hemodiyaliz ünitesinde tedavi görmekte olan toplam 144 hastaya Anket Formu ve Aile Değerlendirme Ölçeği uygulanmış ve bulgular sonrasında aşağıda verilen sonuçlar elde edilmiştir.

Hastayı tanımlayıcı bulgular ele alındığında araştırmaya katılan hastaların çoğunlukla; cinsiyet olarak incelendiğinde %53,47 oranıyla erkek hastalar, eğitim durumu olarak ele alındığında %46,53 oranıyla ilkokul mezunu, medeniyet durumu bakımında incelendiğinde %68,06 oranıyla evli, çocuk sahibi olma durumu açısından bakıldığında %89,58 oranıyla çocuk sahibi, çocuk sayısı bakımından incelendiğinde % 54 oranıyla 1-2 çocuk sahibi, kiminle yaşadığı yönüyle ele alındığında %63,19 oranıyla eşleriyle birlikte yaşadığı ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte hastalar çalışma durumu olarak incelendiğinde %90,28 oranıyla çalışmadığı, çalışmama nedeni olarak incelendiğinde %37 oranıyla hastalığından dolayı çalışamadığı, aylık gelir durumu yönüyle ele alındığında %39,58 oranıyla asgari ücretin altında bir aylık gelire sahip oldukları ve sosyal güvence durumu yönüyle incelendiğinde ise %79 oranıyla STK'ya sahip oldukları sonucu elde edilmiştir.

Hemodiyaliz tedavisine ilişkin bulgular ele alındığında araştırmaya katılan hastaların çoğunlukla; %47,22 oranıyla 1-5 yıl arasında tedavi gördüğü, %84,72 oranıyla üç gün

tedavi aldığı, %99,31 oranıyla tedavi süresinin 4 saat olduğu, %96,53 oranıyla seansı öngörülen vakitten önce terk etmediği ve %97,92 oranıyla önerilen ilaç tedavisine uyduğu, %53,47 oranında hemodiyaliz dışında hastalığının olduğunu ve %38,19 oranıyla günlük yaşamını sürdürmek için yeterli güce ve enerjiye sahip olmadığı düşüncesinin yaygın olduğu saptanmıştır. Hemodiyaliz hastalığı nedeniyle günlük hayatta yaşanan değişikliklere ilişkin soruya ise hastalarda %96,53 oranıyla sağlık problemlerinin arttığı yanıtı ortaya çıkmıştır.

Aile Yaşamı ve Aile Danışmanlığı Gereksinimine ilişkin bulgular ele alındığında araştırmaya katılan hastaların çoğunlukla; %75,69 oranıyla aile içinde ilgilenen/destek olan kişi/kişiler olarak çocuklarını ve %20,83 onanıyla aile dışında ilgilenen/destek olan kişi/kişiler olarak akrabalarını gösterdiği, %97,22 oranında daha önce psiko-sosyal yardım hiç almadığı, %62,50 oranında tedavi boyunca aile danışmanlığı hizmeti istediğini belirtmiş olup aile danışmanı ile konuşulmak istenen konulardan öne çıkanlar ise %76,39 oranıyla aile için kaliteli/güzel zaman geçirememe sorunları, %75,0 oranıyla stresle başa çıkma sorunları ve %73,61 oranıyla maddi sorunlar olmuştur.

Araştırmanın hipotez testlerine ilişkin sonuçlar ise şu şekildedir:

Hastaların cinsiyete göre ADÖ genelinden ve ölçeğin iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu saptanmış olup kadın hastaların aile işlevlerinin erkek hastalarınkine kıyasla daha olumsuz yönde olduğu saptanmıştır.

Hastaların yaş grubuna göre ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Hastaların eğitim durumuna göre ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmış olup okur-yazar olmayan ve eğitim durumu ilkokul olan hastaların aile işlevleri eğitim durumu ortaokul ve lise/üniversite olan hastaların aile işlevlerine kıyasla daha sağlıksız olarak bulunmuştur.

Hastaların medeni durumuna göre ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farkın olduğu belirlenmiştir. Evli olan hastaların aile işlevleri diğer (eşi ölmüş/ayrı/boşanmış) hastaların aile işlevlerinden daha sağlıklı bulunmuştur.

Hastaların çocuk sahibi olma durumuna göre ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiş olup çocuğu olan hastaların aile işlevlerinin diğer hastalara kıyasla daha sağlıklı olduğu saptanmıştır.

Hastaların çalışma durumuna göre ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede bir farkın olduğu görülmüştür. ADÖ genelinden ve problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarında elde edilen puanlara göre çalışan hastalar, çalışmayan hastalara kıyasla daha sağlıklı aile işlevlerine sağlıktır. Hastaların ADÖ roller alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaların aylık gelire göre ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur. Fark birinci gruptaki hastalardan kaynaklanmakta olup aylık geliri asgari ücret ve altında olan hastalar diğer hastalara kıyasla daha olumsuz aile işlevlerine sahiptir.

Hastaların hemodiyaliz tedavisi alma süresine göre ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı seviyede olmadığı saptanmıştır.

Hasta bireylerin haftalık hemodiyaliz seans sayısına göre ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı seviyede olduğu görülmüştür. Haftalık hemodiyaliz seans

sayısı iki gün olan hastaların, haftalık hemodiyaliz seans sayısı üç gün olan hastalara kıyasla aile işlevlerinin daha sağlıklı olduğu saptanmıştır.

Hastaların hemodiyaliz dışında hastalığı olması durumuna göre ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farkın olduğu bulunmuş olup hemodiyaliz dışında hastalığı olan hastaların daha sağlıksız aile işlevlerine sahip olduğu ortaya çıkmıştır.

Hastaların tedavi boyunca aile danışmanlığı hizmeti isteme durumuna göre ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim ve davranış kontrolü alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede bir farkın olduğu belirlenmiş olup tedavi boyunca aile danışmanlığı hizmeti isteyen hastaların, aile danışmanlığı hizmeti istemeyen hastalara kıyasla daha sağlıklı aile işlevlerine sahip olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Fakat ADÖ alt boyutlarından roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevlerden aldıkları puanlar arasında tedavi boyunca aile danışmanlığı hizmeti isteme durumuna göre anlamlı düzeyde bir farklılık görülmemiştir.

Hastaların geleceğe ilişkin bakışına göre ADÖ genelinden ve ölçeğin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir Geleceğe ilişkin bakışı olumlu olan katılımcıların ADÖ genelinden ve tüm alt boyutlarından aldıkları puanlar sonucunda diğer katılımcılara kıyasla aile işlevinin daha sağlıklı olduğu ortaya çıkmıştır.

## 6.2. ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemodiyaliz hastası ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltebilmek amacıyla aşağıda sunulan birtakım öneriler geliştirilmiştir.

- Hemodiyaliz hasta ve ailesi, tanı aldığı süreç itibarıyla bilgi eksikliğinden kaynaklı sorunlarla karşılaşabilir. Hasta ve ailesi bu süreci nasıl yöneteceklerini bilemeyebilir ve bu durumda panik, korku ve endişe yaşayabilir. Dolayısıyla

hastalık süreci boyunca hemodiyaliz ünitelerinde yalnızca hasta değil ailesi de düşünülerek hastalık konusunda gerekli bilgilendirme yapılmalıdır. Hastaya destek olunmalı ve öne çıkan ihtiyaçlar doğrultusunda gerekli yerlerden yararlanması yönünde ona rehberlik edilmelidir.

- Hemodiyaliz hastalarının tedavisi sadece tıbbi boyutta ele alınmamalı tıbbi tedavi psiko-sosyal boyutla bütünselleştirilmelidir.
- Bu çalışmada pek çok kez hemodiyaliz hastalığının aileleri doğrudan etkilediği üzerinde durulmuştur. Bu noktada hemodiyaliz ünitelerinde tedavi gören hastaların çok boyutlu aile değerlendirmelerinin yapılması ve bu hastalara ücretsiz aile danışmanlığı hizmeti sunulması tedaviden beklenilen sonuçların alınması, hastaların güçlendirilmesine destek olunarak fonksiyonelliklerini korumaları bakımından önem kazanmaktadır.
- Hemodiyaliz hastası ile aile danışmanlığı sürecini yapılandırabilmek için danışmanın aile danışmanlığına ait bilgi ve becerilerinin yanı sıra kronik böbrek yetmezliği, hemodiyaliz tedavisi, tedavinin olumsuz sonuçları, kişi ve ailenin yaşadığı psikososyal nitelikte sorunlar gibi konulara da hâkim olması beklenmektedir. Bununla birlikte danışman öncelikle hasta ve aile hakkında yeterince bilgi toplamaya odaklanmalıdır. Bu doğrultuda; hastalık öncesi yaşamına dair bilgiler, hastalık sonrası yaşadığı değişimler, bu süreçte en fazla karşılaştıkları problemler, süreç boyunca yaşadığı hisler, ortaya çıkan sorunlarının ne kadar süredir devam ettiği, bu sorunlara ilişkin denenmiş çözüm yolları, ailenin danışmandan beklentileri ve görüşmenin yapı ve işlevleri gibi konular üzerinde durulabilir.
- Hemodiyaliz hastalarının hastalık durumundan kaynaklı olarak ortaya çıkan başka kişilere ihtiyaç durumu, sorunlarla baş edebilirlik ve hastalığı kabullenebilme gibi gerek sorunun oluşumunda gerekse sorunların çözüme kavuşmasında sosyal destek sistemleri büyük bir rol oynamaktadır. Bu aşamada söz konusu danışan profili için önemli bir değerlendirme kriteri niteliğinde olan sosyal desteğin tüm boyutlarıyla ve ayrıntılı olarak incelenmesi yararlı olacaktır.
- Hastalık sonrasında hastaya önemli destek sunan aile üyelerinin bazen kendi yaşam tarzlarından fedakârlık edebildiği bilinmektedir. Dolayısıyla hemodiyaliz hastalarıyla yapılan danışmanlık hizmetinin en büyük hedeflerinden

biri, hastalığın beraberinde getirdiği tüm değişimlere karşın aile üyelerinin yaşam amaç ve planlarını değiştirmeden sorunlarını çözebilmelerine yardımcı olmaktır. Nitekim bu durum bir yandan hastalık sürecinin normalleştirilmesine katkı sağlarken diğer yandan hastanın ailesine bağımlılık geliştirmesinin önünde engel olabilir.

- Hemodiyaliz hasta ve ailesinin yaygın olarak yaşadığı sorunlar arasında maddi sorunlar bulunmaktadır. Nitekim maddi sorunlar, bu araştırma sonucunda hemodiyaliz hastalarının çoğunlukla olanak sağlandığında aile danışmanıyla konuşmaya değer gördüğü konulardan biri olmuştur. Gün aşırı hemodiyaliz tedavisi alan hastanın bir işte sürekli bir şekilde devam edememe olasılığı yüksek olduğundan bu noktada hastanın çalışması durumunda çalışma saatleri esnetilmeli, devlet tarafından ekonomik anlamda desteklenerek toplumda var olan kaynakların bu hasta aileleri için harekete geçirilmesi gibi birtakım sosyal mevzuatta pozitif ayrımcılık içeren düzenlemelere gidilebilir.
- Özel hemodiyaliz merkezlerinde hasta ve ailelerin karşılaştığı psikososyal ve sosyoekonomik sorunlara yönelik yardımcı olabilecek psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi meslek elemanları "zorunlu" statüsünde istihdam edilmemektedir. Nitekim bu sorun devlet hastanelerinde bulunan hemodiyaliz üniteleri için de önemlidir. Bu hastanelerde psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi meslek elemanları bulunmakla birlikte bu kişilerin farklı profildeki danışan/müracaatçılarının olması ve iş yükündeki fazlalık, hemodiyaliz hastalarıyla özellikle ilgilenilerek istenilen amaçların gerçekleştirilmesi noktasında önemli bir engeldir. Bu noktada örneğin eskiden var olan fakat son düzenlemelerle kaldırılan diyaliz merkezlerinde sosyal hizmet uzmanlarının bulundurulma zorunluluğu yeniden gündeme getirilmelidir.
- Literatürde doğrudan hemodiyaliz hastalarının aile danışmanlık gereksinimine ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Oysa ki pek çok hemodiyaliz hastası ailelerinin profesyonel bir desteğe ihtiyaç duyduğu bir gerçektir. Bu konuya ilişkin yapılacak olan çalışmaların sayısının artırılması, konunun öneminin anlaşılması ve sorunların çözümü açısından yararlı olacaktır.
- Hemodiyaliz hastaları üzerinde yapılan çalışmaların çoğunlukla nicel araştırma yöntemi ile gerçekleştirildiği görülmektedir. Bundan sonra yapılacak

olan çalışmaların hastalık deneyimleri, hastalığa bakış açıları, hastalığa atfedilen anlam gibi kişilerce değişkenlik gösteren öznel durumların derinlemesine incelenmesi açısından nitel ve karma yöntemlerle tasarlanan araştırmaların sayılarının artırılması literatüre önemli katkı sağlayacaktır.

- Yapılan inceleme sonucunda hemodiyaliz hastası ve ailesine yönelik yapılan çalışmaların çoğunlukla sağlık bilimleri bünyesinde gerçekleştirildiği görülmüştür. Oysaki hemodiyaliz hastalığı biyolojik, psikolojik, ekonomik, sosyal, cinsel gibi farklı boyutları olan ve disiplinler arası yaklaşımı gerektiren bir olgudur. Dolayısıyla hasta ve sorunlarını bütüncül bir bakış açısı ve farklı perspektiflerle ele alınması faydalı olacaktır.
- Hemodiyaliz hastalarına yönelik gerçekleştirilen çalışmaların çoğunlukla hemodiyaliz hastaları üzerinden yapıldığı ve hasta yakınları üzerinden yapılan çalışma sayısının oldukça az olduğu saptanmıştır. Nitekim hemodiyaliz hastaların yaşamış olduğu psikolojik, sosyal, ekonomik, cinsel gibi farklı boyutlardaki sorunlar hasta yakınları tarafınca da değerlendirilebilir ve bu sorunların diğer aile üyelerine olan yansıma durumları araştırılabilir.

## KAYNAKLAR


Acaray, A., ve Pınar, R. (2014). Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8 (1), 1-11.

ADEMER. *12. modül aile danışmanlığında kriz ve kriz yönetimi*. Erişim adresi: http://www.drkutsalkucukada.com/wp-content/uploads/2017/06/MOD%C3%9CL12.pdf Erişim tarihi: 03.03.2020.

Adistie, F., Lumbantobing V. B. M. & Maryam N. N. A. (2019) The needs of children with terminal ıllness: A qualitative study, *Child Care in Practice*, *1*(16), DOI: 10.1080/13575279.2018.1555136

Afsar, B. & Elsurer, R. (2015) Association between serum bicarbonate and pH with depression, cognition and sleep quality in hemodialysis patients, *Renal Failure, 37*(6), 957-960, DOI: 10.3109/0886022X.2015.1038476

Ahmad, M. M. & Al Nazly E. K. (2015) Hemodialysis: Stressors and coping strategies, *Psychology, Health &* Medicine, 20(4), 477-487, DOI: 10.1080/13548506.2014.952239

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

Akın, S. (2012). Kronik hastalıklarda primer ve sekonder koruma. Z. Durna (Ed.), (İçinde) *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. (s. 9-22). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Akbulut Çavuş, Ö. (2016). *Hemodiyaliz hastalarının tedaviye ve diyete uyumları ile yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmesi türk böbrek vakfı diyaliz merkezi örneği.* Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.

Akpolat, T., UC., Utaş, T. (2001). Böbrek yetmezliği: Genel bilgiler. Tekin A. ve Cengiz U. (Ed.) *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. (İkinci Baskı*). Kayseri: Anadolu Yayıncılık.

Altay, B., Gönener, H. D., İslam, K., & Göv, P. (2010). Fizik tedavi alan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi, 16*(2), 29-35.

Annak, B. B. (2005). Sosyal destek, sosyal ağ, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu: Duygu-durum ve anksiyete bozukluğu tanısı alan kişiler ve düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastalar açısından bir karşılaştırma. Doktora tezi, Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.

Arestedt, L., Benzein, E., Persson, C. & Ramgard, M. (2016) A shared respite The meaning of place for family well-being in families living with chronic illness, International *Journal of Qualitative Studies on Health and Well*-being, *11*(1), DOI: 10.3402/qhw.v11.30308

Arıkan, A. (2019). Ailenin tarihsel, kuramsal ve toplumsal temelleri. A. Arıkan ve B. Dinç (Ed.), (İçinde) *Aile eğitimi.* (s. 3-17). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Arslan Özkan, H. (2015). Mizahın aile üzerine etkisi. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 283-296). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Asan, T. (2018). *Kronk böbrek yetmezliği tanısı alan hastaların ailelerinin değerlendirilmesi.* Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Aştı, N. (2012). Depresyon ve Bakım. Z. Durna (Ed.), (İçinde) *Kronik* Hastalıklar ve Bakım. (s. 51-65). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel* Yaklaşımlar, 3(3), 513-552.

Atik, D. (2017). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi. N. Ovayolu ve Ö. Ovayolu (Ed.), (İçinde) *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar* (2. Bs) (s. 479-492). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Aydemir, Ç., Kasım, İ., Celebi, S., Göka, E. & Tüzer, V. (2002). Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar. *Kriz Dergisi, 10*(2), 29-39.

Aydın, E. (2014). *Hemodiyaliz hastalarının sosyotropik otonomik kişilik özellikleri ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Aydın Avcı, İ. (2015). Ailede sağlık. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile Temelli Sağlık Yaklaşımı* (s. 1-12). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Aydın, M. (2017).*Kurumlar sosyolojisi: Kurumlara başlangıç çerçevesinde bir çalışma.* İstanbul: AÇILIMKİTAP Yayınevi.

Bahar, A. (2017). Kronik hastalıklara eşlik eden ruhsal sorunlar. N. Ovayolu ve Ö. Ovayolu (Ed.), (İçinde) *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar* (2. Bs) (s. 385-394). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Baltacı, G. (2010). *Aile Danışmanlığı Hizmetinden Yararlanmak İsteyen Evli Kadınların Nitelikleri*. Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Baran, G. &Yurtteri Tirkaki (2016). Aile yaşam döngüsü. G. Baran (Ed.), (İçinde) Aile *yaşam dinamiği* (s. 1-34). Ankara: Pelikan.

Barnett, D., Clements, M., Kaplan-Estrin, M., & Fialka, J. (2003). Building new dreams: Supporting parents' adaptation to their child with special needs. *Infants ve Young Children, 16 (*3), 184-200.

Başarır, S. & Çınar Pakyüz, S. (2015). Hemoyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 10*(1), 19-31.

Baykan, H. & Yargic İ. (2012) Depression, anxiety disorders, quality of life and stress coping strategies in hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis patients, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 22*(2), 167-176, DOI: 10.5455/bcp.20120412022430

Biçer Kanat, B. & Yılmaz Özpolat, A. G. (2016). Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, *7*(4), 106-110.

Bilici, N. & Bilici, A. (2018). *Bilimsel Araştırma: El Kitabı*. Ankara: Savaş Yayınevi.

Bülbül, E. (2010). *Hasta, hasta yakınları ve sağlık profesyonelleri gözüyle hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi.* Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Can, H.D. (2010). *Çocuk Diyaliz Hastalarında Diyaliz Yeterliliği ve Beslenme Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisi.* Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

Cantekin, I., Curcani M. & Tan, M. (2014) Determining the anxiety and depression levels of pre-dialysis patients in eastern Turkey, *Renal Failure*, *36*(5), 678-681, DOI: 10.3109/0886022X.2014.890009

Capua, C.D., Fabbiano, L., Morello, R. & Gaetano Vacca (2014) Optımızed procedure to evaluate the thermal energy transfer in hemodıalysıs treatment. *Instrumentation Science & Technology, 42*(4), 458-468. doi: 10.1080/10739149.2013.876546

Ceylan, B. (2007). *Şizofreni ve kronik böbrek yetmezliği hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerde suçluluk ve utanç düzeylerinin karşılaştırılması.* Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Churchil, D. N. (2006). Diyaliz hastalarının psikososyal uyumu. A. R. Nissenson (Ed.), (İçinde) *Klinik diyaliz* (s. 927-937). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Cingil, D. (2015). Ailede yaşlı ve aileye etkisi. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 265-274). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Coad, J., Kaur, J., Ashley, N., Owens, C., Hunt, A., Chambers, L., & Brown, E. (2015). Exploring the perceived met and unmet need of life-limited children, young people and families. *Journal of pediatric nursing*, *30*(1), 45-53.

Conkar, S., & Mir, S. (2014). Üremik toksiklerin temizlenmesinde diyaliz ve online hemodiafiltrasyonun karşılaştırılması. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, *45*(4), 178-185.

Çam, O., Saka, Ş., & Gümüş, A. B. (2009). Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 5(2), 73- 81.

Çamsarı, T. & Sağlam, F. (2011). Kronik böbrek yetmezliği. Ç. Erol, G. Süleymanlar (Ed.), (İçinde) İ*ç hastalıkları nefroloji* (s. 85-99). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Çelen, H. N. (2018). Aile ve psikolojik yansımaları. N. Oktik, H. Ü. Reşitoğlu (Ed.), (İçinde) *Aileyi anlamak disiplinler arası yaklaşım* (s. 31-42). Ankara: Nobel Kitabevi.

Çıtak Tunç, G. & Kılınç, F. E. (2015). Medya ve aile. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 275-282). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Çilingir, S. K. (2018). Aile ve çevre ilişkisi. R. Küçükali. (Ed.), (İçinde) *Çocuk ve aile*. Ankara: Anı Yayıncılık.

Çövener Özçelik, Ç. & Aktaş, E. (2015). Ailede iletişimin önemi. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 41-51). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Dalgıç, A., & Ekici, Y. (2006). Hemodiyaliz için damar yolu. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, 2*(4), 13-23.

Dane, E. (2015). *Hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılık durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Değirmenci Saltürk, A. G. (2006). Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin diyaliz yeterliliği ile ilişkisi. Tıpta uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, III. Dahiliye Kliniği, İstanbul.

Delano, B. G. (1977) Whatever happened to home hemodialysis? *Journal of Dialysis, 1*(5), 465-474, DOI: 10.3109/08860227709082383

Demirbilek, H., Ciğerli, Ö., Yakupoğlu, Ü., Turhan, F., Erman, A. M., Köse, A., & Özdemir Acar, F. N. (2011). Diyaliz hastası bakımını sağlayan hasta yakını veya ücretli bakıcılardaki tükenmişlik ve depresif belirtiler. *Göztepe Tıp Dergisi, 26*(3), 103-107, doi:10.5222/J.GOZTEPETRH.2011.103

Demir Hacımusalar, G. (2015). *Hemodiyaliz uygulanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının yaşadığı sorunların belirlenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Demirkol, M. E. & Koç, D. *Kötü haber verme teknikleri*. Erişim adresi: http://www.noroloji.org.tr/TNDData/Uploads/files/K%C3%96T%C3%9C%20HABER%20VERME%20TEKN%C4%B0KLER%C4%B0(1).pdf. Erişim tarihi: 09 Nisan 2020

Devins, G. M., Hunsley, J., Mandin H., Taub, K. J. & Paul, L. C. (1997). The marital context of end-stage renal disease: Illness intrusiveness and perceived changes in the family environment. *Ann Behav Med. 19,* 325–332.

Dikeç, G., & Kutlu, Y. (2015). Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: tedaviye uyum programı. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Derneği*, *6*(1), 40-46.

Dikmen, Y. & Keçialan, R. (2015). Ölüm ve aile. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 415-425). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Doğrusöz, Y. (2015). *Hemodiyaliz, periton diyalizi ve renal transplantasyon uygulanan hastalarda yaġam kalitesi ve buna etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. T*IPTA UZMANLIK Tezi, Dicle Üniversitesi TIP Fakültesi, Diyarbakır.

D'Onofrio, G., Simeoni, M., Rizza, P., Caroleo, M., Capria, M., Mazzitello, G., Sacco, T., Mazzuca, E., Teresa Panzino, E., Cerantonio, A., Segura-Garcia, C., Andreucci, M., Fazio, F. & Fuiano, G. (2017) Quality of life, clinical outcome, personality and coping in chronic hemodialysis patients, *Renal Failure, 39*(1), 45-53, DOI: 10.1080/0886022X.2016.1244077

Durmaz Akyol, A. (1992). *Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesinin saptanması ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımlarının yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi*, Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Durna, Z. (2012). Kronik Hastalıklar ve önemi. Z. Durna (Ed.), (İçinde) *Kronik hastalıklar ve bakım.* (s. 1-8). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Dursun, B. (2011). Akut böbrek yetmezliği. Ç. Erol, G. Süleymanlar (Ed.), (İçinde) İç hastalıkları nefroloji (s. 67-84). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Düzkaya, D. S. (2015). Okul çocuğu dönemi ve aile. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 201-212). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Ekin, İ. H. (2019). *Hemodiyaliz hastalarının yaşam doyumu ile benlik saygısı ilişkisinin incelenmesi ve tıbbi sosyal hizmet müdahalesi*. Yüksek lisans tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.

Ellenwood, A. E. & Jenkins, J. E. (2007) Unbalancing the effects of chronic illness: Non-traditional family therapy assessment and ıntervention approach, *The American Journal of Family Therapy*, *35*:3, 265-277, DOI: 10.1080/01926180600968431

Elmas, N. (2017). *Kadın ve aile hayatı.* Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Erdim, L. (2015). Ailede güven duygusu. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 33-40). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Ergün, A. & Aygün, Ö. (2015). Ailede kronik hastalıklar ve yönetimi. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 313-322). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Erol, S. & (2015). Aile sağlığının geliştirilmesi. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 13-20). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Ersoy, F. F. (2005). Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Uygun Diyaliz Yönteminin Seçimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 1*(21), 88-92.

Eryılmaz, A. (2010). Aile yapısı ergeni mutlu eder mi? *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, *22*(22), 21-30.

Eryiğit Günler, O. (2011). Hemodiyaliz hastalarında hastalığa bağlı toplumsal rol değişimi beklenti ve sorunları: Bir sağlık sosyolojisi çalışması. Yüksel lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Enç, N. & Öz Alkan, H. (2014). Kronik böbrek yetmezliği. Nuray E. (Ed.), (İçinde) *İç hastalıkları hemşireliği* (236-243). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Ferrario, S. R., Zotti, A. M., Baroni, A., Cavagnino, A., & Fornara, R. (2002). Emotional reactions and practical problems of the caregivers of hemodialysed patients. *Journal of nephrology*, *15*(1), 54-60.

Fırat, H. (2008). H*emodiyaliz hastalarına uygulanan grup eğitiminin hastaların psikososyal uyum ve öz-bakım gücüne etkisi*. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Gereklioğlu, Ç., Başhan, İ. & Akpinar, E. (2010). Erkek Cinsel işlev Bozukluklarında Aile Hekimliği Yaklaşımı. *Marmara Medical Journal, 23*(2), 308-315.

Girgin Yılmaz, A. (2014). Hemodiyaliz ve periton diyaliz hastalarında depresyon, kaygı, benlik saygısı ve sosyal uyumun değerlendirilmesi ve karşılaştırılması. Uzmanlık tezi, Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa.

Gladding, S. T. (2015). *Aile terapisi tarihi, kuram ve uygulamaları*. İ. Keklik ve İ. Yıldırım (Çeviri Editörü), İ. Keklik (Bölüm Çevirmeni). 5. Basımdan Çeviri. Ankara: Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Yayınları.

Göç, M. (2006). *Ailelerin psiko-sosyal sorunları ve aile danışma merkezinden yararlanma eğilimle*ri. Yüksel lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Gökdoğan, F. (2015a). Üriner sistem yapı ve işlevleri. B. Yürügen, F. Gökdoğan, N. Nural (Ed.), (İçinde) *Diyaliz teknikleri için nefroloji kitab*ı (s. 7-27). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Gökdoğan, F. (2015b). Kronik böbrek hastalığı ve komplikasyonları. B. Yürügen, F. Gökdoğan, N. Nural (Ed.), (İçinde) *Diyaliz teknikleri için nefroloji kitab*ı (s. 69-82). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. Tıp Kitabevi.

Gökdoğan, F. (2015c). Böbrek transplantasyonu. B. Yürügen, F. Gökdoğan, N. Nural (Ed.), (İçinde) *Diyaliz teknikleri için nefroloji kitab*ı (s. 133-154). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Gökdoğan, F. (2015d). Periton Diyalizi. B. Yürügen, F. Gökdoğan ve N. Nural (Ed.), (İçinde) D*iyaliz teknikleri için nefroloji kitabı* (s. 107-120). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Gökdoğan, F. (2015e). Böbrek hastalıkları ve klinik tanılama. B. Yürügen, F. Gökdoğan, N. Nural (Ed.), (İçinde) *Diyaliz teknikleri için nefroloji kitab*ı (s. 27-58). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Göriş, S. (2017). Stres. Ovayolu ve Ö. Ovayolu (Ed.), (İçinde) *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar* (2. Bs) (s. 31-38). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Güdücü Tüfekci, F. (2015a). Aile çocuk ilişkisi. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 183-190). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Güdücü Tüfekci, F. (2015b). Ailenin cinsel gelişime etkisi. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 235-243). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Güleç, G., & Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *3*(2), 343-367.

Günalay, S. (2017). *Diyaliz merkezine başvuran hastalarda malnütrisyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki.* Uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, izmir.

Güngör, C. (2018). *Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların bakımdan sorumlu yakınlarının ve hemşirelerinin eğitim gereksinimleri ile ilişkili görüşlerinin q metodu ile incelenmesi.*Yüksek Lisans Tezi , Sanko Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

Güngörmüş, Z. (2015). Adölesan dönemi ve aile. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 213-224). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Gür, K. (2015). Aile ruh sağlığı. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 331-342). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Gürdil Yılmaz, S. (2017). Kronik hastalıkların rehabilitasyonu. N. Ovayolu ve Ö. Ovayolu (Ed.), (İçinde) *Temel iç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar* (2. Bs) (s. 482-486). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Gözen, D. (2015). Ailede sosyalleşmenin önemi. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 79-86). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Hacımusalar, G. D. (2005). *Hemodiyaliz uygulanan bireylerin bakım sorumluluğunu üstlenen yakınlarının yaşadıgı sorunların belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Hallaç, S., & Öz, F. (2014). Aile kavramına kuramsal bir bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 142-153.

Heykyung Oh & Othelia Lee, F. K. (2009) Caregiver Burden and Social Support among Mothers Raising Children with Developmental Disabilities in South Korea,

International *Journal of Disability, Development and Education*, *56*(2), 149-167, DOI: 10.1080/10349120902868624

Haroon, S. & Davenport, A. (2018). Haemodialysis at home: Review of current dialysis machines, *Expert Review of Medical Devices, 15*(5), 337-347, DOI: 10.1080/17434440.2018.1465817

Hindistan, S. (2015). Ağrı ve aile. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 343-353). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Hitchcock, P. B., Brantley, P. J., Jones, G. N. & McKnight, G. T. (1992) Stress and social support as predictors of dietary compliance in hemodialysis patients, *Behavioral Medicine, 18*(1), 13-20, DOI: 10.1080/08964289.1992.10544236

Huang, B., Lai, B., Xu, L., Wang, Y., Cao, Y., Yan, P. & Chen, J. (2017) Low employment and low willingness of being reemployed in Chinese working-age maintained hemodialysis patients, *Renal Failure, 39*(1), 607-612, DOI: 10.1080/0886022X.2017.1361834

Işıkhan, V. (2007). Kanser ve sosyal destek. *Journal of Society & Social Work, 18*(1). 15-29.

Işıl, Ö. (2015). Motivasyon ve davranış değişikliğinde ailenin rolü. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 121-132). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Işıldar, A. (2018). *Diyaliz Hastalarının Eşlerinin Empatik Eğilim ve Empatik Becerisi ile Diyaliz Hastalarının Hayat Kalitesi Arasındaki İlişki.* Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

İnci FH & Erdem M. (2008). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11*(4): 85-95.

Kaban, F. (2014). Ev hemodiyalizi. A. Sezen (Ed.), (İçinde) *Diyaliz hemşireliği (*s. 143-152). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Kaban, Z. Y. (1994). Genel sistem teorisi ve Sibernetik. *Marmara İletişim Dergisi*, 8(8), 219-226.

Kaçar, G. (2012). Kronik böbrek yetmezliği ve bakım. Z. Durna (Ed.), (İçinde) *Kronik hastalıklar ve bakım.* (s. 381-397). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Kaçmaz, Z. (2016). *Böbrek nakli olmuş hastaların hemodiyaliz tedavisi gören hastalara göre depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Uzmanlık tezi, Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gaziantep.

Kara, B. (2016). Ev hemodiyalizine yönelik inançlar ve deneyimler: Güncel kanıtların gözden geçirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 25*, 17-35.

Kara, E. (2018). Engelli çocuğa sahip annelere yönelik manevi destek ile güçlendirme uygulaması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, *11*(57), 311-322.

Karabuğa Yakar, H. & Pınar, R. (2013). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 15*(2), 1-16.

Karacaoğlu Vicdan, A. & Gülseven Karabacak, B. (2014). *Hemodiyaliz hasta eğitiminde roy adaptasyon modeli*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Karadağ, G. (2017). Kronik hastalıklarda evde bakım. N. Ovayolu ve Ö. Ovayolu (Ed.), (İçinde) *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar* (2. Bs) (s. 467-474). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Karadeniz, G., Altıparmak, S., Marul, G. & Muslu, H. (2015). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların cinsel yaşama ilişkin yaşadıkları sorunlar ve danışmanlık gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,* 21(2), 29-36.

Karakaş, B. (2016). *Kronik böbrek yetmezliği olup hemodiyaliz alan 20-65 yaş arası bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin, bireylerin mutluluk düzeyleri ve yakın ilişkilerdeki yaşantıları üzerindeki etkisinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Karakoyunlu, F. & Öncel, S. (2009). Cinsel fonksiyon bozukluklarında kadına ait hemşirelik bakım süreci örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 12*(3), 82-92.

Karasar, N. (2010). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Nobel.

Karasouli, E., Latchford G. & Owens D. (2014) The impact of chronic illness in suicidality: a qualitative exploration, *Health Psychology and Behavioral Medicine, 2*(1), 899-908, DOI: 10.1080/21642850.2014.940954

Kavradım, S. T., & Özer, Z. C. (2014). Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6*(2), 154-164

Kaya Akı, M. & Demir Dikmen, Y. (2012). Hemodiyaliz hastalarına primer bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve yaşam kaliteleri üzerine bir gözden geçirme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2*(3), 24-28.

Keskin,B. (2015). *Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış hemodiyaliz hastalarında depresyon düzeyleri, algılanan duygu dışavurum düzeyleri ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Khaira, A., Mahajan, S., Khatri, P., Bhowmik, D., Gupta, S. & Agarwal S. K. (2012) Depression and marital dissatisfaction among ındian hemodialysis patients and their spouses: A cross-sectional study, *Renal Failure, 34*(3), 316-322, DOI: 10.3109/0886022X.2011.647291

Kır, İ. (2011). Toplumsal bir kurum olarak ailenin işlevleri. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 10*(36), 381-404.

Kısa, A. (2012). Kronik hastalıklarda ekonomik sorunlar ve yönetimi. Z. Durna (Ed.), (İçinde) *Kronik hastalıklar ve bakım*. (s. 23-36). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Knezevic, M. Z., Djordjevic, V. V., Radovanovic-Velickovic, R. M., Stankovic, J. J., Cvetkovic, T. P. &. Djordjevic, V. M. (2012) Influence of dialysis modality and membrane flux on quality of life in hemodialysis patients, *Renal Failure, 34(*7), 849-855, DOI: 10.3109/0886022X.2012.684555

Kocaman, N. (2005). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir? *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 8*(3), 107-118.

Koçer Z. (2006). *Hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam kalitesinin karşılaştırılması,* Yüksek lisans tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyon.

Koyuncu, A. A. (2016). Aile araştırmaları metedolojisi: yaklaşımlar ve yöntemler. M. Aydın (Ed.), (içinde) *Sistematik aile sosyolojisi*. (s.41-64). Konya: Çizgi Kitabevi.

Köken, A. H., Hayırlıdağ, M., & Büken, N. Ö. (2018). Sağlık hakkı bağlamında nadir hastalıklar ve yetim ilaçlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History-Special Topics, 4(*1), 91-98.

Kösem, M. (2014). Hemodiyalizde damar erişimi. A. Sezen (Ed.), (İçinde) *Diyaliz hemşireliği* (s. 229-274). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Kulaksızoğlu, B. (2018). *Şizofreni ve kronik böbrek yetmezliği hasta yakınlarının aile yükü, sosyal destek ve ruhsal iyilik hali açısından karşılaştırılması.* Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya.

Kuzeyli Yıldırım, Y., Fadıloğlu Ç., Durmaz Akyol, A. & Ünal B. (2004). Diyaliz hastalarında uyku kalitesiyle yaşam kalitesi arasındaki ilişki, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 20 (1), 125.

Kuzlu Ayyıldız, T. & Alkan, I. (2015). Toplumsallaşmada ailenin önemi. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 109-119). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Kűbler Ross, E. (1997). *On death and dying*, New York, NY: Scribner.

Kübler-Ross, E. (2011). *Questions and answers on death and dying: A companion volume to on death and dying.* New York, Simon and Schuster.

Küçükünal, A., Altunay, İ. K., Salman, K. E., & Atış, G. Hemodiyaliz hastalarında üremik pruritus ve yaşam kalitesi ilişkisi. *TÜRKDERM-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi*, 49(1), 23-27.

Küntüz, İ. S. (2016). *Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısı ve sosyal desteğin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesine etkileri*. Yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kürtüncü, M. (2015). Oyun çocuğu dönemi ve aile. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 191-199). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Latchem, J., Kitzinger J. & Kitzinger C. (2016) Physiotherapy for vegetative and minimally conscious state patients: Family perceptions and experiences, *Disability and Rehabilitation, 38*(1), 22-29, DOI: 10.3109/09638288.2015.1005759

Lietz, C. A., Lacasse, J. R. & Cacciatore, J. (2011) Social support in family reunification: A qualitative study, *Journal of Family Social Work, 14*(1), 3-20, DOI: 10.1080/10522158.2011.531454

Masaroğulları, K., (2014). Kronik böbrek hastalığı. S. Duman ve E. Hür (Ed.), (İçinde) *Kronik böbrek hastası olmak* (s. 3-27). İzmir: Eğe Üniversitesi Basımevi.

Mavili, A. (2015). *Ben ve ailem*. (2. Bs.) Konya: Atlas Akademi Yayınları.

Mavili Aktaş, A., (2013). Aile danışmanlığı ve hizmet yaklaşımı. H. Acar, N. Negiz, E. Akman (Ed.), (İçinde) *Sosyal politika ve kamu yönetimi bileşenleriyle sosyal hizmet temelleri ve uygulamam alanları* (s. 181-195). Ankara: Maya Akademi Yayınları.

Meriç, M., & Oflaz, F. (2013). Hemodiyaliz hastası olan bir eşle yaşamak: Eşlerin yaşamlarındaki gelgitler. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği, 4*(1). s.21-26.

Mollaoğlu, M. (2012). Kronik hastalıklarda uyum süreci. Z. Durna (Ed.), (İçinde) K*ronik Hastalıklar ve Bakım.* (s. 51-65). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Monroe J. & Raiz L. (2005) Barriers to employment following renal transplantation, *Social Work in Health Care, 40*(4), 61-81, DOI: 10.1300/J010v40n04_04 1.

Morsch, C., Thomé, F. S., A Balbinotto, A., Guimarãe, J. F. &. Barros, E. G. (2011) Health-related quality of life and dialysis dependence in critically ıll patient survivors of acute kidney ınjury, *Renal Failure, 33*(10), 949-956, DOI: 10.3109/0886022X.2011.615966

Moulton, P. J. (1984) Chronic Illness, Grief, and the Family, *Journal of Community Health Nursing, 1*(2), 75-88, DOI: 10.1207/s15327655jchn0102_2 11.

Muddiman, E., Taylor, C., Power, S. & Moles, K. (2019) Young people, family relationships and civic participation, *Journal of Civil Society, 15*(1), 82-98, DOI: 10.1080/17448689.2018.1550903

Mutlu, E. (2007). *Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri, sosyal destek kaynakları ve hastalık sürecinin benlik saygısına etkisi*. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Nalbant, S., & Karan, M. A. (2010). İç hastalıkları uzmanının anemiye yaklaşımı rehberi. *İç Hastalıkları Dergisi*, *17,* 7-15.

Nazlı, S. (2018). *Aile danışmanlığı*. (14. Bs.) Ankara: Anı Yayıncılık.

Newman, D. M. (2016). Toplumsal ilişkilerin inşası: Akrabalık ve aile. A. Arslan. (çev.), (İçinde). *Sosyoloji: Günlük yaşamın mimarisini keşfetmek (*s.91-110). Ankara: Nobel Kitabevi.

Nichols, M. P. (2013). *Aile terapisi kavramlar ve yöntemler*. O. Gündüz. (çev.) İstanbul: Kaknüs Yayınevi.

Odabaşı, D., Eren, Z., Başel, H., Aydın, D. ve Ekim, H. (2010). Hemodiyaliz için damar giriş yolları: bir merkezin deneyimleri. *Turkish Journal of Vascular Surgery*, *19*(2), 38-43.

Ogden, J. (2016). *Sağlık psikolojisi*. G. Dirik (Çeviri Editörü), M. Kartal (Bölüm Çevirmeni). 5. Basımdan Çeviri. Ankara: Nobel Kitabevi.

Ok, E. (2011). Böbrek yetmezliğinin tedavisinde transplantasyon. Ç. Erol ve G. Süleymanlar (Ed.), (İçinde) *İç hastalıkları nefroloji* (s. 113-123). Ankara: MN Medikal & Nobel Tıp Kitap Sarayı.

Oktik, N. (2018). Aile ve toplum: Sosyolojik yaklaşımlar. N. Oktik, H. Ü. Reşitoğlu (Ed.), (İçinde) A*ileyi anlamak disiplinler arası yaklaşım* ( s. 1-30). Ankara: Nobel Kitabevi.

Okyayuz, Ü. (1995). Ölüm ve ölümcül hastalık. *Kriz Dergisi, 3*(1), 185-189. 7.

Othman, A. A., Marzuki, W., Jaafar, W., Zainuddin, Z. N. & Yusop, Y. M. (2020) Effectiveness of cognitive behaviour therapy on depression among haemodialysis patients: A systematic review of literature, | Luca Cerniglia (Ed.) *Cogent Psychology, 7*(1), DOI: 10.1080/23311908.2020.1794680

Ovayolu, Ö. (2017). Onkolojik sorunlar ve hemşirelik yönetimi. N. Ovayolu ve Ö. Ovayolu (Ed.), (İçinde) *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar* (2. Bs) (s. 285-301). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Oygar, D. D., (2014). Hemodiyaliz Hastası Olmak. Soner D. ve Ender H. (Ed.), (İçinde) Kronik Böbrek Hastası Olmak ( s. 27-35). İzmir: Eğe Üniversitesi Basımevi.

Önkal, G. (2018). Kavram olarak aile: İlişkisellik, pratik ve etik pradigma. N. Oktik, H. Ü. Reşitoğlu (Ed.), (İçinde) *Aileyi anlamak disiplinler arası Yaklaşım* ( s. 43-52). Ankara: Nobel Kitabevi.

Özabacı, N. & Erkan, Z. (2017). *Aile danışmanlığı kuram ve uygulamalara genel bir bakış*. 3. Bs. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Özcanarslan, F. (2017). Kronik hastalıkların önemi ve koruma. N. Ovayolu ve Ö. Ovayolu (Ed.), (İçinde) *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar* (s. 365-368). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Özdemir, B. (2018). *Sağlık algısı ve sağlık kullanımı ilişkisi: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi örneği.* Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Özdemir, Ü. & Taşcı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. ERÜ *Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1*(1), 57-72.

Özel Kızıl, E. T. & Yılmaz Özpolat, A. G. (2010). Kronik psikiyatrik hastalığı bulunan hastaların bakımverenlerinde tükenmişlik sendromunun boyutları. *Kriz Dergisi, 18* (3), 1-7.

Özgeç, H. (2014). Hemşireliğin tarihi ve diyaliz hemşireliği. A. Sezen (Ed.), (İçinde) *diyaliz hemşireliği* (s. 1-27). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Özgüven, İ. E. (2001). *Ailede iletişim ve yaşam*. Ankara: PDREM Yayınları.

Özkan, A & Afşar, F. (2015). Hastaneye yatan hasta ve aile. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 407-413). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Özmen, M. (2007) Tıbbi hastalık tanısı konmuş hastalarda aktarım ve karşıaktarım. *Türk Psikiyatri Dergisi, 18*(1), 34-45.

Parlar Kılıç, S. (2017). Ağrı yönetimi. N. Ovayolu ve Ö. Ovayolu (Ed.), (İçinde) *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar* (2. Bs) (s. 39-48). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Picariello, F., Hudson, J. L., Moss-Morris, R., Macdougall, I. C., & Chilcot, J. (2017). Examining the efficacy of social-psychological interventions for the management of fatigue in end-stage kidney disease (ESKD): a systematic review with meta-analysis. *Health psychology review, 11*(2), 197-216.

Power P. W. (1977) The adolescent's reaction to chronic illness of a parent: Some implications for family counseling, *International Journal of Family Counseling*, *5*(1), 70-78, DOI: 10.1080/01926187708250251 24.

Ritte, R.E., Lawton, P., Hughes, J. T., Barzi, F., Brown, A., Mills, P., Hoy, W., Q'Dea, K., Cass, A. & Maple- Brown, L. (2017). Chronic kidney disease and socio-economic status: a cross sectional study, *Ethnicity & Health*, doi: 10.1080/13557858.2017.1395814

Ritzer, G. & Stepnisky, J. (2018). Modern sosyoloji kuramları. H. Hülür (Çev.) 8. Basım. Ankara: Deki Basım Yayın.

Robins, S.L. (2014). Temel Patoloji. (S. Tuzlalı, M. Güllüoğlu ve U. Çevikbaş, Çev.). 9. Baskı. İstanbul: Nobel.

Rokach, A. (2019) Health, ıllness, and the psychological factors affecting them, *The Journal of Psychology, 153*(1), 1-5, DOI: 10.1080/00223980.2018.1548202

Rolland, J. S. (1984). Toward a psychosocial typology of chronic and life-threatening illness. *Family systems medicine*, *2*(3), 245-262. 8.

Rolland, J. S. (1988) Family systems and chronic ıllness: A typological model, *Journal of Psychotherapy & The Family, 3*(3), 143-168, DOI: 10.1300/J287v03n03_10

Saatcioglu, Ö., Yıldız, B. S., Gökçe, E., & Tomruk, N. B. (2010). Rabdomiyoliz, alkole bağlı rabdomiyoliz ve akut böbrek yetmezliği. *Anatolian Journal of Clinical Investigation, 4*(1).

Sağduyu, A., Şentürk, V., Sezer, S., Emiroğlu, R., & Özel, S. (2006). Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. *Türk Psikiyatri Dergisi, 17*(1), 22-31.

Sarı, E. (2008). *Kültür kimlik ve politika: Mardin'de kültürlerarasılık*. Doktora tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Sarıaslan, H. (1984). Sistem analizinin temelleri. s. 51-63 Erişim adresi: https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/52095/5024.pdf?sequence=1&isAllowed=y Erişim tarihi: 28.05.2019.

Sathvik, B. S., Parthasarathi, G., Narahari, M. G., & Gurudev, K. C. (2008). An assessment of the quality of life in hemodialysis patients using the WHOQOL-BREF questionnaire. *Indian journal of nephrology, 18*(4), 141-149.

Sermenli Aydın, N. (2018). *Hemodiyaliz ve Periton Diyaliz Alan Hastaların Yaşam Kalitesi, Fiziksel Performans, Fiziksel Aktivite, Günlük Yaşam Aktivitesi, Depresyon Düzeyi ve Ağrı Düzeyi Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Edirne.

Sertdemir, T. (2012). *Hemodiyaliz uygulanan hastalarda algılanan stresörlerin ve bakımdan memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi , Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Sevindik, G. (2017). *Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) kronik böbrek yetmezliği olan hemodiyaliz tedavisi alan hastaların algılanan aile desteğinin belirlenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

Sezdi, M., & Benli, İ. (2016). Disinfection in hemodialysis systems. *Medical Technologies National Congress (TIPTEKNO)* (1-4). IEEE.

Sezen, A. & Arslan, H., (2014). Böbrek yetmezliği. A. Sezen (Ed.), (İçinde) *Diyaliz hemşireliği* (s. 113-143). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Sezer, M. T. (2001). Psikiyatrik sorunlar. Tekin A. ve Cengiz U. (Ed.), (İçinde) *Hemodiyaliz hekimi el kitabı*. (İkinci Baskı). Kayseri: Anadolu Yayıncılık.

Soyaltın, E., Yavaşcan, Ö., Alparslan, C., Arslansoyu Çamlar, S., Alaygut, D., Öncel, E. P.,Mutlubaş, F. & Kasap Demir, B. (2018). Ev hemodiyalizinde çocuk hasta deneyimi: Olgu sunumu. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi,* 27 (1): 96-99.

Sifil, A. (2011). Böbrek Yetmezliğinde Diyaliz. Ç. Erol & G. Süleymanlar (Ed.), (İçinde) *iç hastalıkları nefroloji* (s. 99-113). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Silver, H. J. & Wellman, N. S. (2002). Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. *Journal of the American Dietetic Association, 102*(6), 831-836.

Spies, C. Berg, VL & Nel, M. (2020) Knowledge, attitude and practices of patients receiving maintenance haemodialysis in Bloemfontein, South Africa, *South African Journal of Clinical Nutrition,* DOI: 10.1080/16070658.2020.1751415

Suh, R. N. M. N., Jung, H. H., Kim, S. B., Park, J. S. & Yang, W. S. (2002) Effects of regular exercıse on anxıety, depressıon, and qualıty of lıfe in maıntenance hemodıalysıs patıents, *Renal Failure, 24*(3), 337-345, DOI: 10.1081/JDI-120005367

Süleymanlar, G. (2007). Kronik böbrek hastalığı ve yetmezliği: Tanımı, evreleri ve epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 3*(38), 1-7.

Süleymanlar, G. (2011). Böbreğin yapısı ve fonksiyonları. Ç. Erol ve G. Süleymanlar (Ed.), (İçinde) *İç hastalıkları nefroloji* (s. 1-15). Ankara: MN Medikal & Nobel Tıp Kitap Sarayı.

Şanlıtürk, D., Ovayolu, N. & Kes, D. (2018). Hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 13*(1), 17-25.

Şimşek, M. (2018). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz yeterlilik ve sosyal destek algısı. Tıpta uzmanlık tezi, Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Diyarbakır.

Takaki, J., Nishi T., Shimoyama, H., Inada, T., Norimasa Matsuyama, N., Kumano, H. & Kuboki, T. (2003) Interactions among a stressor, self-efficacy, coping with stress, depression, and anxiety in maintenance hemodialysis patients, *Behavioral Medicine, 29*(3), 107-112, DOI: 10.1080/08964280309596063

Tan, M., Okanlı, A., Karabulutlu, E., & Erdem, N. (2005). Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 8*(2), 32-39.

Tanrısev, M. (2014). Böbrek Nakli. S. Duman & E. Hür (Ed.), (İçinde) *Kronik böbrek hastası olmak* (s. 43-55). İzmir: Eğe Üniversitesi Basımevi.

Tanrıverdi, D. (2017). Kronik hastalarda cinsel işlev bozukluğu. N. Ovayolu ve Ö. Ovayolu (Ed.), (İçinde) *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar* (2. Bs) (s. 435-446). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Tanrıverdi, G. (2015). Bakım verenler açısından kronik hastalık yükü. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 396-400). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Tanrıverdi, G. (2017). Kültürün aile üzerinde etkisi. N. Ovayolu ve Ö. Ovayolu (Ed.), (İçinde) *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar* (2. Bs) (s. 65-79). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Tarı Selçuk, K. & Avcı, D. (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Saglik Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7*(1), 1-10.

Taşkapan, H. & Utaş, C. (2002). Akut böbrek yetmezliği tedavisinde diyaliz yöntemleri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 11*(4), 191-197.

Tel, H., & Ertekin Pınar, Ş. (2012). Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Derneği, 3*(2), 61-66.

Tel, H., Doğan, S., Özkan, B. & Çoban, S. (2010). Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1*(1), 7-12.

Tellioğlu, G. (2014). Böbrek Nakli. A. Sezen (Ed.), (İçinde) Diyaliz hemşireliği (s. 373-389). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Tenekeci, E. G. & Kara, B. (2016). Ev hemodiyalizinin yaygınlaşmasının önündeki engeller nelerdir? *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 11*(1), 73-78.

Terakye, G. (2011). Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *DEUHYO ED, 4*(2), 78-82.

Toros, F., Tot, Ş. & Düzovalı, Ö. (2002). Kronik hastalığı olan çocuklar, anne ve babalarındaki depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Klinik Psikiyatri, 5*, 240-7.

Toseland, R. W., Smith, G. & McCallion, P. (2001). Family caregivers of the frail elderly. *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Population, 18*(2), 99-109.

Tse, S., Ng, R. M. K., Tonsing, K.N. & Ran, M. (2012) Families and family therapy in Hong Kong, *International Review of Psychiatry, 24*(2), 115-120, DOI: 10.3109/09540261.2012.656304

Tuncay, T. (2013). Yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanının rolleri. *Journal of Society & Social Work, 24*(2), 145-153.

Turan, N. (1999). Birey ve Ailenin Sorunları. V. Duyan (Ed.). *Sosyal Kişisel Çalışma Birey ve Aileler için Sosyal Hizmet.* Ankara: Aydınlar Matbaası.

Turgutalp, K. ve Kıykım, A. (2013). Günlük hemodiyaliz tedavileri: Kısa günlük ve gece hemodiyaliz tedavisi. *Turkiye Klinikleri J Nephrol-Special Topics, 6*(1), 9-15.

Tünerir, E. (2019). *Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*. Tıpta uzmanlık tezi, TC. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul.

Türk Nefroloji Derneği 2017 Yılı Türk Böbrek Kayıt Sistemi Raporu (2018). Erişim adresi: http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/TND-2017-Kayit-Sistemi-Verileri.pdf Erişim tarihi: 01.04.2019.

Türkmen, E. (2012). Kronik hastalıklar ve önemi. Z. Durna (Ed.), (İçinde) *Kronik hastalıklar ve bak*ım. (s. 37-50). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu (2019). Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon. Ankara Erişim adresi: http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/REGISTRY_2018.pdf Erişim tarihi: 01.05.2020.

Tüzer, V. (2001). Kronik hastalıklar ve yeti yitiminde sistemik aile yaklaşımı. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 4*(3), 193-201.

Uzun, M. ve Bayram, D. (2015). Engelli çocuk ve ailesi. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 245-259). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Ünal, G. & Bilge, A. (2005), Hemodiyaliz tedavisindeki son dönem böbrek yetmezliği hastaların ruhsal durumlarının ve yasam kalitelerinin değerlendirilmesi, *Ege Tıp Dergisi, 44*(1).

Ünal Keskin, G. (2005). Ölmekte olan hastaya kognitif davranışsal hemşirelik yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 21*(2), 125-134.

Üstüner Top, F. (2015). Kanserli birey ve aile. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 303-312). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

White, P., Smith, S. M. & O'Dowd, T. (2005) The role of the family in adult chronic ıllness: A review of the literature on type 2 diabetes, *The Irish Journal of Psychology, 26*:1-2, 9-15, DOI: 10.1080/03033910.2005.10446204

WHO. (2020). WHO (World Health Organization) Erişim Adresi: http://www.euro.who.int/en/healthtopics/health-emergencies/coronavirus-covid-19). Erişim Tarihi: 09.08.2020.

www.ozgidais.org.tr (2020). Şubat ayında Asgari ücret AGİ net-brüt zam tutarı kaç TL? Erişim Adresi: https://www.ozgidais.org.tr/haber/4056/subat-ayinda-asgari-ucret-agi-net-brut-zam-tutari-kac-tl-#:~:text=Asgari%20%C3%BCcret%202020%20y%C4%B1l%C4%B1%20i%C3%A7in,bin%20324%20lira%20olarak%20belirlendi. Erişim Tarihi: 13.08.2020.

Yalçın, A. U., ve Akpolat, T. Kronik böbrek yetmezliği. Türk Nefroloji Derneği, Erişim Adresi: http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/kronik_bobrek_yetmezligi.pdf Erişim Tarihi: 14 Şubat 2020.

Yaşkesen, A. (2018*). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda yorgunluk ile sosyal destek arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Yates, B. C., Bensley, L. S., Lalonde, B., Lewis, F. M. & Woods N. F. (1995) The impact of marital status and quality on family functioning in maternal chronic illness, *Health Care for Women International, 16*(5), 437-449, DOI: 10.1080/07399339509516197

Yavaş Çelik, M. (2017). Çocuklarda kronik böbrek hastalığı ve hemşirelik bakımı. *Sağlık ve Toplum, 27*(3), 20-25.

Yavuz, E. (2018) *Diyaliz hastalarının aile işlevselliğinin incelenmesi.* Yüksek lisans tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Yavuz, T. (2020). *Hemodiyaliz hastalarında sabır ve yaşam memnuniyeti ilişkisi*. Yüksek lisans tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.

Yavuz, D., Yavuz, R., ve Altunoğlu, A. (2012). Hemodiyaliz hastalarında görülen psikiyatrik hastalıklar. *Turkish Medical Journal, 6*(1) s- 33-37.

Yazgan, H. (2012). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa.

Yazıcı, R., Altıntepe, L., Guney, I., Yeksan, M., Atalay, H., Türk, S., Tonbul, H. Z. ve Selcuk, N. Y. (2009) Female sexual dysfunction in peritoneal dialysis and hemodialysis patients, *Renal Failure, 31*(5), 360-364, DOI: 10.1080/08860220902883012

Yeşil Demirci, P. (2017). Kronik hastalıkların ekonomik yükü. N. Ovayolu ve Ö. Ovayolu (Ed.), (İçinde) *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar* (2. Bs) (s. 401-405). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Yıldız, A. & Timuçin, E. D. (2015). Ailede rol dağılımı. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 21-32). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Yıldız, Ö. & Utanır, A. (2013). Toplumsal Kurumlar. A. Şimşek, Ö. Eroğlu (Ed.), (İçinde) *Davranış bilimleri* (s. 374-396). Koya: Eğitim Kitabevi.

Yılmaz, A., Çeri, Ö., Tatlidil, E., Koçak, O. M. & Soykan, A. (2009). Genel tıbbi duruma ikincil cinsel kimlik bozukluğu ile başvuran yas olgusu. *Türk Psikiyatri Dergisi, 20*(2), 188-196.

Yılmaz, D. (2016). *Evli Bireylerin Yaşadıkları Sorunların ve Aile Danışmanlığından Beklentilerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yılmaz, E. (2005) *Kronik hastalarda yaşam kalitesi,* Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yılmaz, M. (2017) Kronik hastalarda uyum süreci. N. Ovayolu ve Ö. Ovayolu (Ed.), (İçinde) *Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar* (2. Bs), (s. 369-275). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.

Yılmaz, M., Kaptanoğulları, Ö. H., Koçak Yücel, S. & Akalın Özgevrek, A. (2012). Günlük kısa hemodiyaliz. *Turkiye Klinikleri Journal of Nephrology, 7*(2), 57-63.

Yiğitbaş, Ç. (2015). Dinin aile üzerinde etkisi. Sema K., Birsel Canan D. (Ed.), (İçinde) *Aile temelli sağlık yaklaşımı* (s. 97-108). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Yurtsever Kılıçgün, M. (2015). Çocuk haklarına yönelik ebeveyn tutumları ile ebeveynlik rolleri arasında ilişki. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1*(2), 511-522.

Yürügen, B. (2015a). Türkiye'de renal replasman tedavilerinin (RRT) güncel durumu. B. Yürügen, F. Gökdoğan, N. Nural (Ed.), (İçinde) *Diyaliz teknikleri için nefroloji kitab*ı (s. 1-6). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Yürügen, B. (2015b). Hemodiyaliz. B. Yürügen, F. Gökdoğan, N. Nural (Ed.), (İçinde) *Diyaliz teknikleri için nefroloji kitab*ı (s. 121-132). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Zengin, O. (2015). *Çözüm odaklı kısa terapi yaklaşımına dayalı sosyal hizmet müdahalesinin kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikososyal uyum düzeylerine etkisi*, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Zhang, X, Zheng, Y., Qiu, C., Zhao, Y. & Zang, X. (2020) Well-being mediates the effects of social support and family function on self-management in elderly patients with hypertension, Psychology, *Health & Medicine, 25*(5), 559-571, DOI: 10.1080/13548506.2019.1687919

Zhao, X., Wang M. & Zuo, L. (2017) Early mortality risk in incident Chinese hemodialysis patients: A retrospective cohort study, *Renal Failure, 39*(1), 526-532, DOI: 10.1080/0886022X.2017.1337583

Zubaroğlu Yanardağ, M. & Özmete, E. (2017). Bir mesleki uygulama alanı olarak geçmişten geleceğe klinik sosyal hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 28*(1), 203-226.

## EKLER

### Ek 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

KTO Karatay Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Disiplinlerarası Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan yüksek lisans tezi kapsamında "Hemodiyaliz Hastalarının Aile Değerlendirmeleri ve Aile Danışmanlığı Gereksinimleri Üzerine Bir Çalışma" isimli bir araştırma yapılmaktadır. Araştırmanın çalışma evrenini, Konya ilinde bulunan dört özel diyaliz merkezi ve bir kamu hastanesinin diyaliz ünitelerinde tedavi gören hemodiyaliz hastaları oluşturmaktadır.

Bu araştırmanın temel amacının, "hemodiyaliz hastalarının aile değerlendirmelerini yaparak, onların aile danışmanlığına gereksinim durumlarını ortaya çıkarmak" olduğu bana açıklandı. Bu çalışma sırasında, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ve Aile Değerlendirme Ölçeği doldurmam bana söylendi. Bir sorun olduğu takdirde Araştırmacı Büşra GÜRBÜZ'e 0555 889 09 88 telefon numarasından veya busra.gurbuz@karatay.edu.tr mail adresinden ulaşabilirim.

Benden istenen bilgilerin yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacağı ve isimlerin gizli tutulacağı bana anlatıldı. Bu çalışmaya katılmayı kendi isteğimle, gönüllü olarak kabul ediyorum. Eğer istemezsem bu çalışmaya katılmayabileceğimi veya devam etmek istemediğim takdirde çalışmadan çıkabileceğimi biliyorum. Bu çalışma ile ilgili bana mali yük getirilmeyeceği söylendi. Ayrıca görüşmeye katılmamdan dolayı parasal ya da başka bir tür ödül almayacağımı bilmekteyim. Araştırmaya gönüllü olarak kendi rızamla katılmak istiyorum. Bu belgenin bir kopyasını da kendi kayıtlarım için edindim.

| **Araştırmacı:** | **Katılımcı:** |
|---|---|
| Ad-Soyad: Büşra GÜRBÜZ | Ad-Soyad: |
| İmza: | İmza: |

**EK 2. Anket Formu**

## HEMODİYALİZ HASTALARININ AİLE DEĞERLENDİRMELERİ VE AİLE DANIŞMANLIĞI GEREKSİNİMLERİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

## ANKET FORMU

***Değerli Katılımcı;***

Bu anket formu, KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Disiplinlerarası Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı bünyesinde yürütülen "Hemodiyaliz Hastalarının Aile Değerlendirmeleri ve Aile Danışmanlığı Gereksinimleri Üzerine Bir Çalışma" adlı yüksek lisans tezi çerçevesinde oluşturulmuştur. Bu tez çalışmasının amacı; hemodiyaliz hastalarının aile değerlendirmelerini yaparak, onların aile danışmanlığına gereksinim durumlarını ortaya çıkarmaktır. Kimlik bilgileriniz ve vermiş olduğunuz tüm yanıtlar gizlilik ilkesi gereği bir başkası ile paylaşılmayacak, anketten elde edilen bilgiler bu yüksek lisans tez çalışmasında kullanılacaktır. Sorulara içtenlikle ve samimi bir şekilde vereceğiniz her yanıt araştırmanın amacına ulaşması bakımından önemlidir. Araştırmaya verdiğiniz destek ve katılımınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı

**Büşra GÜRBÜZ**

KTO Karatay Üniversitesi
Yüksek Lisans Öğrencisi

**1. Cinsiyetiniz?**

( ) Kadın ( ) Erkek

**2. Yaşınız?** …….

**3. Eğitim Durumunuz?**

( ) Okur-yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul

( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü

**4. Medeni Durumunuz?**

( ) Evli ( ) Ayrılmış

( ) Eşi ölmüş ( ) Boşanmış

**5. Çocuğunuz var mı?**

( ) Evet *(lütfen sayısını belirtiniz)* ……. ( ) Hayır

**6. Evinizde kimlerle birlikte yaşamaktasınız? *(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)***

( ) Eşimle ( ) Çocuklarımla ( ) Anne ve babamla ( ) Kardeşlerimle

( ) Büyükanne ve büyükbabamla ( ) Yalnız

( ) Diğer *(lütfen açıklayınız)* …….

**7. Mesleğiniz?** *(Lütfen açıklayınız)* **……**

**8. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?**

( ) Evet ( ) Hayır

*Yanıtınız "Evet" ise doğrudan 10 nolu soruya geçiniz.*

**9. Çalışmama nedeniniz nedir?**

( ) Emekliyim.

( ) Çalışmak istemiyorum.

( ) Hastalığımdan dolayı iş bulamıyorum / çalışamıyorum.

( ) Hastalığım mesleğimi uygulamamı engellendiğinden dolayı kendi tercihimle işten ayrıldım.

( ) Diğer *(lütfen açıklayınız)* …….

**10. Ailenizin ortalama aylık geliri?**

( ) 0 – 2324 TL ( ) 2021 – 3000 TL ( ) 3001 – 4000TL

( ) 4001 – 5000TL ( ) 5001 TL ve üzeri

**11. Sosyal güvenceniz?**

( ) Yok ( ) Yeşilkart ( ) SSK ( ) Emekli Sandığı ( ) Bağ-kur ( ) Özel

**12. Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz?**

( ) 3-6 ay ( ) 7- 18 ay ( ) 1,5 – 5 yıl ( ) 6-10 yıl ( ) 10 yıldan fazla

**13. Haftada kaç gün hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz?**

( ) Bir gün ( ) İki gün ( ) Üç gün

**14. Hemodiyaliz tedavinizin bir seansı ortalama ne kadar sürüyor?**

( ) 4 saatten az ( ) 4 saat ( ) 4 saatten fazla

**15. Hemodiyaliz seansını sizin için önerilen zamandan önce terk ettiğiniz oluyor mu?**

( ) Evet *(Lütfen nedenini açıklayınız)* ……

( ) Hayır

**16. Önerilen ilaç tedavisine uyuyor musunuz?**

( ) Evet

( ) Hayır *(Lütfen nedenini açıklayınız)* ……

**17. Hemodiyaliz hastalığı dışında bedensel ve/veya ruhsal herhangi bir hastalığınız var mı?**

( ) Evet *(Lütfen açıklayınız)*…….

( ) Hayır

*Yanıtınız "Hayır" ise doğrudan 19. soruya geçiniz.*

**18. Hemodiyaliz hastalığı dışında sahip olduğunuz hastalığa ilişkin herhangi tedavi alıyor musunuz?**

( ) Evet *(Lütfen açıklayınız)*…….

( ) Hayır

**19. Günlük yaşamınızı sürdürmek için yeterli güce ve enerjiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?**

( )Evet ( )Hayır ( )Bazen

**20. Hemodiyaliz hastalığınız nedeniyle günlük hayatınızda hangi değişikliklerin olduğunu düşünüyorsunuz? *(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)***

( ) Uykusuzluk, beslenme sorunu ve diyet, iştah sorunu, ağrılar, halsizlik ve yorgunluk gibi sağlık problemlerim arttı.

( ) Anne-babalık sorumluluklarımı eskisi kadar yerine getiremiyorum.

( ) Eşime karşı sorumluluklarımı eskisi kadar yerine getiremiyorum.

( ) Anne ve/ve ya babama karşı sorumluluklarımı eskisi kadar yerine getiremiyorum.

( ) Ev işlerini eskisi kadar yerine getiremiyorum.

( ) İş hayatım değişti. Eskisi kadar aktif değilim.

( ) Kendi kendime karar veremiyorum.

( ) Arkadaşlarımla birlikte aktivitelere katılamıyorum.

( ) Hastalıktan sonra akrabalarımla sorunlar yaşamaya başladım.

( ) İçe kapandım, hiçbir şeyden zevk almıyorum.

( ) Hastalığım cinsel yaşantımı olumsuz etkiledi.

( ) Hastalıkla birlikte ekonomik sorunlarım arttı.

( ) Diğer (Lütfen açıklayınız)…….……....

**21. Aileniz içinde sizinle ilgilenen / destek olan kişi/kişiler kimdir? *(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)***

( ) Eşim ( ) Çocuklarım ( ) Kardeşlerim ( ) Annem ve babam

( ) Diğer *(lütfen açıklayınız)*……...…… ( ) Yok

**22. Aileniz dışında sizinle ilgilenen / destek olan kişi/kişiler kimdir? *(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)***

( ) Akrabalarım ( ) Komşularım ( ) Tedavi ekibi

( ) Arkadaşlarım ( ) Bakıcı ( ) Hiç kimseden yardım almıyorum

( ) Diğer *(lütfen açıklayınız)*…….……

**23. Bir aile danışmanından psiko-sosyal destek alma durumunuz?**

( ) Hiç almadım.

( ) Şu an alıyorum

( ) Daha önce aldım

( ) Başka bir kişiden destek aldım *(Lütfen kimden aldığınızı açıklayınız)*

……

**24. Şayet şu an bir aile danışmanından psiko-sosyal destek almıyorsanız, tedaviniz boyunca size aile danışmanlığı hizmeti sunulmasını ister misiniz?**

( ) Evet ( ) Hayır

**25. Aile içi sorunların çözümünde sizi şu an bir aile danışmanlığına yönlendirmiş olsalardı aile danışmanı ile aşağıdaki belirtilen konu/konuları konuşur muydunuz?**

| | **Evet** | **Hayır** |
|---|---|---|
| Maddi Sorunlar | | |
| Aile İçi İletişim Konuları (Anne-Baba-Çocuk) | | |
| Cinsel sorunlar | | |
| Aile içi şiddet | | |
| Ev ve çocuklarla ilgili iş bölümü konuları | | |
| Stresle başa çıkma sorunları | | |
| Eşin ailesiyle yaşanılan sorunlar | | |
| Evliliğe uyum sorunları | | |
| Duygusal yakınlık sorunları | | |
| Eşler arası farklılıklardan kaynaklı sorunlar (Kişilik, ideolojik, kültürel vb.) | | |
| Sağlıklı Beslenme/Diyet | | |
| Aile Yaşam Krizleri | | |
| Kıskançlık, çapkınlık, aldatma sorunları | | |
| Akrabalarla ilgili konular | | |
| Arkadaş çevresi ile ilgili konular | | |
| Kötü alışkanlıklar (sigara, alkol, uyuşturucu vb.) | | |
| Aile içi kaliteli/güzel zaman geçirememe sorunları | | |

**26. Geleceğe nasıl bakıyorsunuz?**

( ) Olumlu.

( ) Olumsuz.

( ) Bilmiyorum / Bir fikrim yok.

**TEŞEKKÜR EDERİM.**

## EK 3. Aile Değerlendirme Ölçeği

**Açıklama:** İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. **Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.**

| **CÜMLELER:** | **Aynen Katılı-yorum** | **Büyük Ölçüde Katılı-yorum** | **Biraz Katılı-yorum** | **Hiç Katılmıyorum** |
|---|---|---|---|---|
| 1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 17.Evde herkes başına buyruktur. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya Yetmiyor | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 25.Bizim ailede herkes kendini düşünür. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksak ilgi gösteririz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 44.Ailemizde hiçbir kural yoktur. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 52.Sinirlenince birbirimize küseriz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 56.Aile içinde birbirimize güveniriz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız. | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

## EK 4. Etik Kurul İzni

T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARAR SURETİ

| Toplantı Sayısı: 7 | Toplantı Tarihi:28.11.2019 |
|---|---|

**Karar Sayısı: 2019/07/05**: Prof. Dr. Kamil ALPTEKİN'nin "Hemodiyaliz Hastalarının Aile Değerlendirmeleri ve Aile Danışmanlığı Gereksinimleri üzerine Bir Çalışma "isimli araştırma projesi çalışması ile ilgili dilekçesi görüşüldü.

Görüşme sonunda ilgili araştırma projesi çalışmasının Prof. Dr. Kamil ALPTEKİN'nin sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

**Sorumlu Araştırmacı** : Prof. Dr. Kamil ALPTEKİN

**Yardımcı Araştırmacılar:** Büşra GÜRBÜZ

**Prof. Dr. Çağatay ÜNÜSAN**
**Başkan**

**EK 5. Covid-19 Etik Kurul İzni**

Evrak Tarih ve Sayısı: 08/05/2020-E.1649

*BELGEVİ*

KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ

T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
İnsan Araştırmaları Etik Kurulu

K-Q TSE-ISO-EN 9000

Sayı : 46409256-300
Konu : Prof. Dr. Kamil Alptekin Hk.

Sayın Prof. Dr. Kamil ALPTEKİN

Hemodiyaliz Hastalarının Aile Değerlendirmeleri ve Aile Danışmanlığı Gereksinimleri Üzerine Bir Çalışma isimli araştırma projesi çalışmasının Prof. Dr. Kamil ALPTEKİN'nin sorumluluğunda Yardımcı Araştırmacı olarak Büşra GÜRBÜZ'ün katılımları ile yürütülmesi ile ilgili İnsan Araştırmaları Etik Kurulumuza yapmış olduğunuz başvurunuz 06.05.2020 tarihli 2020/02/07 sayılı kararımızda değerlendirilmiştir.

İlgili çalışmanızda Üniversitemizin adının geçmemesi, Covid-19 virüsü nedeniyle Ülkemizde yaşanan salgın sürecinde sosyal mesafe kurallarına ve salgın için alınan kararlara uyarak çalışmanız şartı ile kurulumuzca uygun bulunmuştur.

Çalışmalarınızda başarılar diler gereğini saygılarımla rica ederim.

**e-imzalıdır**
Prof. Dr. Çağatay ÜNÜSAN
İnsan Araştırmaları Etik Kurul Başkanı

**EK 6. Konya İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni**

KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
06.02.2020 14:14 - 86737044 - 806.01.03 - E.352
00111990690

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 86737044-806.01.03
Konu : Bilimsel Araştırma

Sayın Büşra GÜRBÜZ

İlgi : 24.../01/2020 tarihli dilekçeniz,

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından ilgili başvuru değerlendirilmiştir.

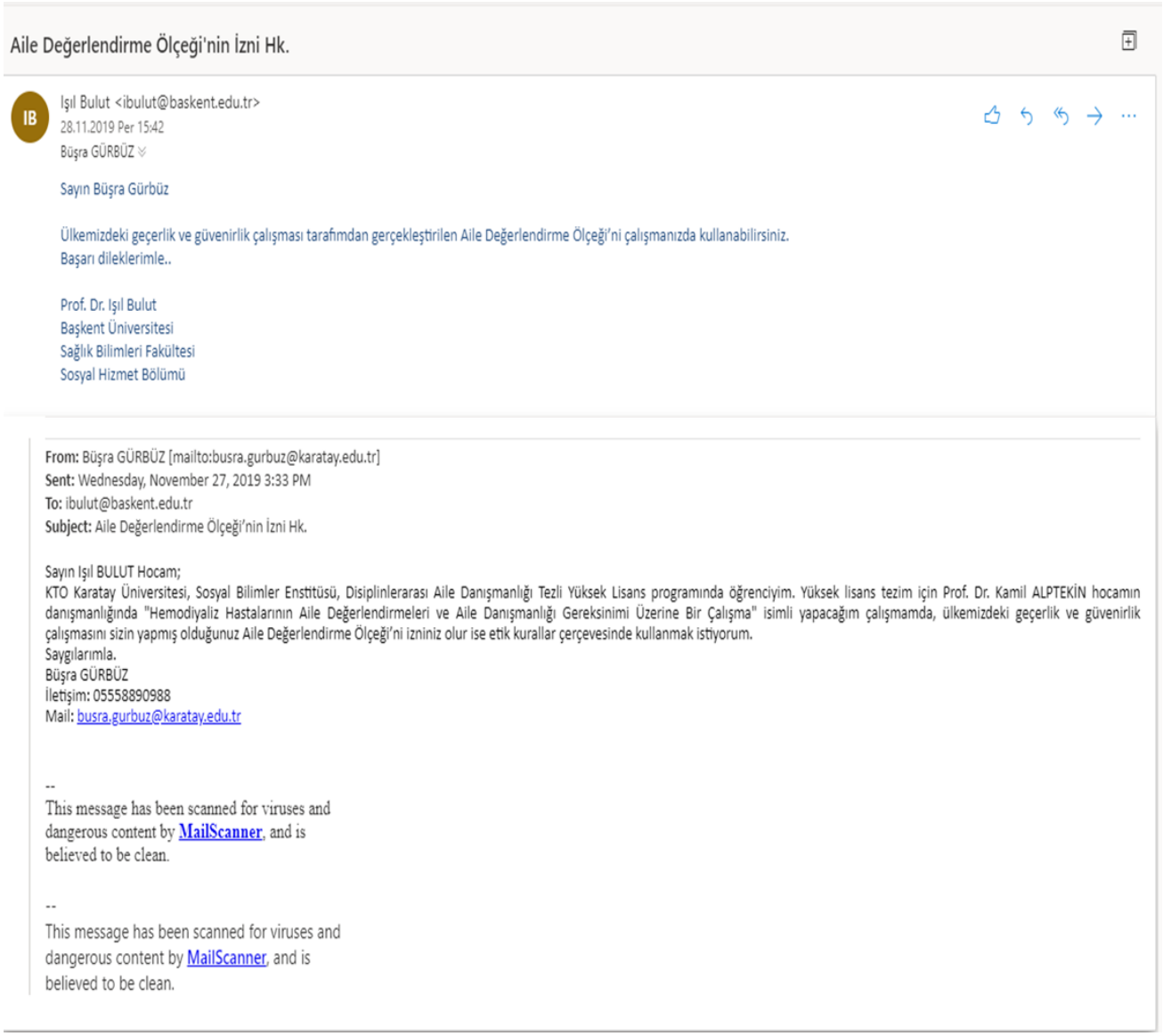
İlgi sayılı yazınız ekinde yer alan müracaatınız incelenmiş ve Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, onay sureti ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

*e-imzalıdır.*
Uzm.Dr. Tarık ACAR
İl Sağlık Müdürü a.
Başkan

Ek:
Yazı (2 Sayfa)

## EK 7. Aile Değerlendirme Ölçeği İzni



Aile Değerlendirme Ölçeği'nin İzni Hk.

IB

Işıl Bulut <ibulut@baskent.edu.tr>
28.11.2019 Per 15:42
Büşra GÜRBÜZ

Sayın Büşra Gürbüz

Ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması tarafımdan gerçekleştirilen Aile Değerlendirme Ölçeği'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Başarı dileklerimle..

Prof. Dr. Işıl Bulut
Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü

**From:** Büşra GÜRBÜZ [mailto:busra.gurbuz@karatay.edu.tr]
**Sent:** Wednesday, November 27, 2019 3:33 PM
**To:** ibulut@baskent.edu.tr
**Subject:** Aile Değerlendirme Ölçeği'nin İzni Hk.

Sayın Işıl BULUT Hocam;
KTO Karatay Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Disiplinlerarası Aile Danışmanlığı Tezli Yüksek Lisans programında öğrenciyim. Yüksek lisans tezim için Prof. Dr. Kamil ALPTEKİN hocamın danışmanlığında "Hemodiyaliz Hastalarının Aile Değerlendirmeleri ve Aile Danışmanlığı Gereksinimi Üzerine Bir Çalışma" isimli yapacağım çalışmamda, ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışmasını sizin yapmış olduğunuz Aile Değerlendirme Ölçeği'ni izniniz olur ise etik kurallar çerçevesinde kullanmak istiyorum.
Saygılarımla.
Büşra GÜRBÜZ
İletişim: 05558890988
Mail: busra.gurbuz@karatay.edu.tr

--
This message has been scanned for viruses and dangerous content by MailScanner, and is believed to be clean.

--
This message has been scanned for viruses and dangerous content by MailScanner, and is believed to be clean.

# ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

| | |
|---|---|
| Adı Soyadı | : Büşra GÜRBÜZ |
| Doğum Yeri – Tarihi | : Konya – 10.01.1996 |
| E-Posta Adresi | : bgurbuz_41@hotmail.com |

EĞİTİM DURUMU

| | |
|---|---|
| Lisans Öğrenimi | : 2018, KTO Karatay Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü |
| Yüksek Lisans Öğrenimi | : 2020, KTO Karatay Üniversitesi, Disiplinlerarası Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı |
| Bildiği Yabancı Diller | : İngilizce |

Bilimsel Faaliyetleri

Gürbüz, B. & Aydoğdu, S. (2020). Türkiye'de Yapılan "Çalışan Kadın ve Aile" Temalı Tezlerin İçerik Analizi Yöntemiyle Değerlendirilmesi. Uluslararası Van Sosyal Bilimler Kongresi, 24-25 Temmuz, Van.

Aydoğdu, S. &. Gürbüz, B (2020). Farklı Aile Yapısında Yetişen Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Algıları: Yapılmış Yüksek Lisans ve Doktora Tez Örnekleri. Uluslararası Van Sosyal Bilimler Kongresi, 24-25 Temmuz, Van.

Akarçay Ulutaş, D., Gürbüz, B., Ulutaş, Z. (2019). Sosyal Hizmet Öğrencilerinin Erasmus Öğrenci Değişim Programı Deneyimleri: Eğitimde Evrensellik. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2019, Ankara, 25-27 Ekim.

Akarçay Ulutaş, D., Ulutaş, Z., Gürbüz, B. (2019). Farklı Kültürlerle Çalışma Deneyimi: Sosyal Hizmet Öğrencilerinin Alan Uygulamasına Yönelik Görüşleri. Mehmet Kırlıoğlu, Hasan Hüseyin Tekin (Ed.), *Güncel Sosyal Hizmet Çalışmaları* (173-188). Konya: Çizgi Kitabevi.

İŞ DENEYİMİ

| | |
|---|---|
| Stajlar | : 2017-2018, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Stajyer Sosyal Hizmet Uzmanı |
| Çalıştığı Kurumlar | : 2018-DE., KTO Karatay Üniversitesi |

Tarih: 9 Eylül 2020