



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARA BAKIM VERENLERİN DESTEK BAKIM GEREKSİNİMLERİ

Dilek UYAR

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN**

**ANKARA
2023**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARA
BAKIM VERENLERİN DESTEK BAKIM
GEREKSİNİMLERİ**

Dilek UYAR

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN

**ANKARA
2023**

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimleri” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikri tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Dilek UYAR

Tarih: 16/01/2023

İmza:

KABUL VE ONAY



İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vii
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Çizelgeler	x

1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.1.1. Araştırma Soruları	5
1.2. Genel Bilgiler	6
1.2.1. Kronik Böbrek Hastalığı ve Epidemiyolojisi	6
1.2.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi Yöntemleri	9
1.2.2.1. Hemodiyaliz	9
1.2.2.2. Periton Diyalizi	10
1.2.2.3. Böbrek Transplantasyonu	11
1.2.3. Bakım, Bakım Verme ve Bakım Yükü Tanımı	11
1.2.4. Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimleri	12
1.2.4.1. Bakım Verenin Fiziksel Destek Bakım Gereksinimleri	14
1.2.4.2. Bakım Verenin Psikolojik Destek Bakım Gereksinimleri	14
1.2.4.3. Bakım Verenin Sosyal Destek Bakım Gereksinimleri	15
1.2.4.4. Bakım Verenin Ekonomik Destek Bakım Gereksinimleri	15
1.2.4.5. Bakım Verenin Spiritüel İyi Oluşlarına İlişkin Destek Bakım Gereksinimleri	16
1.2.5. Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimlerinin Karşılanması	17
1.2.5.1. Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi	17
1.2.5.2. Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimlerinin Karşılanmasına İlişkin Öneriler	19

2. GEREÇ VE YÖNTEM	22
2.1. Araştırmanın Şekli	22
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
2.3. Araştırmanı Evreni ve Örneklemi	25

2.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	26
2.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	26
2.3.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	27
2.4. Araştırma Soruları	27
2.5. Araştırmanın Değişkenleri	28
2.5.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	28
2.5.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	28
2.6. Verilerin Toplanması	29
2.6.1. Ön Uygulama	29
2.6.2. Araştırmanın Uygulanması	30
2.7. Veri Toplama Araçları	31
2.7.1. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek-4)	31
2.7.2. Bakım Veren Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek-5)	31
2.7.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) (Ek-6)	31
2.7.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek-7)	32
2.7.5. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) (Ek-8)	33
2.8. Verilerin Değerlendirilmesi	34
2.9. Araştırma ile İlgili İzinler ve Etik Onam	35
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	36
3. BULGULAR	37
3.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımları	37
3.2. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımları	40
3.3. Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımları	43
3.4. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi	44
3.5. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi	50
3.6. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi	55
3.7. Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	60

4. TARTIŞMA	64
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	86
ÖZET	92
SUMMARY	93
KAYNAKLAR	94
EKLER	105
EK-1. Etik Kurul Kararı	105
EK-2. Kurum İzin Yazısı	107
EK-3. Aydınlatılmış Onam Formu	108
EK-4. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu	109
EK-5. Bakım Veren Tanıtıcı Özellikler Formu	110
EK-6. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)	112
EK-7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	113
EK-8. Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ)	114
Ek-9. Ölçek Kullanım İzin Yazıları	115

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince emeğini, desteğini ve bilgisini esirgemeyen, tez danışmanlığımı üstlenerek bana yol gösteren değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN'a,

Araştırmanın yürütülmesine izin veren başta Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü olmak üzere Başkent Üniversitesi Karadeniz Ereğli Diyaliz Merkezi, Özel Ereğli Can Diyaliz Merkezi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi Diyaliz Merkezi idari sorumlularına, verilerin uygun koşullarda toplanmasına yardımcı olan tüm kurum çalışanlarına,

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm hastalara ve bakım verenlerine,

Tez sürecimde manevi desteğini esirgemeyen arkadaşlarıma,

Her zaman ve her koşulda sabırla yanımda olan, sevgilerini her zaman hissettiğim, tüm hayatımda olduğu gibi eğitim hayatımda da desteklerini esirgemeyen çok değerli aileme,

Sonsuz teşekkür, saygı ve sevgilerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ANOVA	Analysis of Variance (Varyans Analizi)
AV	Arteriyovenöz
BVSÖ	Bakım Verenin Stres Ölçeği
CREDIT	Chronic Renal Disease In Turkey (Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı Araştırması)
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
F	Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
GFH	Glomerüler Filtrasyon Hızı
HBS	Hepatit B Virüs
HCV	Hepatit C Virüs
HD	Hemodiyaliz
IBM SPSS	International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences (Uluslararası İş Makineleri Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
IU/ml	Uluslararası birim/mililitre
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KDIGO	Kidney Disease Improving Global Outcomes (Böbrek Hastalıkları Küresel Sonuçların İyileştirilmesi Grubu)
Kdz.	Karadeniz
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
Maks	Maksimum
Min	Minimum
n	Örneklem Sayısı
PD	Periton Diyalizi
RRT	Renal Replasman Tedavileri
SBÇTÖ	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
SBÇTÖ-BEY	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği- Boyun Eğici Yaklaşım
SBÇTÖ-ÇY	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği- Çaresiz Yaklaşım

SBÇTÖ-İY	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği- İyimser Yaklaşım
SBÇTÖ-KGY	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği- Kendine Güvenli Yaklaşım
SBÇTÖ-SDB	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği- Sosyal Desteğe Başvurma
SCL-90	Symptom Checklist (Belirti Tarama Listesi)
SDBH	Son Dönem Böbrek Hastalığı
SDBY	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SİÖÖ	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği
TND	Türk Nefroloji Derneği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USRDS	United States Renal Data System (Amerika Birleşik Devletleri Böbrek Veri Sistemi)

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Kronik Böbrek Hastalığı (KBH)’nın Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFH) ve Albüminüriye Göre Sınıflandırılması	7
Çizelge 2.1. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Alt Boyutları	34
Çizelge 3.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımları	37
Çizelge 3.2. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımları	40
Çizelge 3.3. Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımları	43
Çizelge 3.4. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi	44
Çizelge 3.5. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi	50
Çizelge 3.6. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi	55
Çizelge 3.7. Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) Puanları Arasındaki İlişki	61

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), hafif bir proteinüriden ileri evre böbrek yetersizliğine kadar tüm aşamaları kapsayan, böbrek fonksiyonlarının bozulduğu ve glomerüler filtrasyon hızının (GFH) giderek azaldığı üç ay ve daha fazla süredir devam eden patofizyolojik bir süreçtir (Levey ve ark., 2005 ve Yeniçerioğlu ve ark., 2019, s:285-291). Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) terimi, GFH değerinde azalma sonucunda böbreğin, sıvı elektrolit dengesini düzenleme işlevinin ve metabolik-endokrin fonksiyonlarının geri dönüşsüz olarak bozulması sonucu yaşamı tehdit eden, iş gücü kaybına, çeşitli komplikasyonlara neden olabilen, kötü prognoza sahip kronik bir hastalık olarak tanımlanır (Akdemir, 2021, s:758; Garcia ve Jha, 2015, Okçin ve Yeşilbalkan, 2020 ve Ortiz ve ark., 2014). Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) terimi ise, böbreklerin görevlerini hiç yapamaması sebebiyle, sıvıların, elektrolitlerin ve toksinlerin vücutta birikmesi ve diyaliz ya da böbrek nakli gibi bir renal replasman tedavisi (RRT) uygulanmadığı durumda hastanın öleceği bir evreyi, KBH'nın 5. evresini tanımlamaktadır (Yeniçerioğlu ve ark., 2019, s:291). Küresel Hastalık Yüğü Kronik Böbrek Hastalığı İşbirliği Raporu (2020)'na göre KBH küresel prevalansı 2017 yılında %9,1 (697,5 milyon vaka) sıklıkla görülmektedir ve bu hasta grubunun yaklaşık %10'u son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) evresinde bulunmaktadır. 1990-2017 yılları arasında dünya çapında KBH mortalitesi %41,5 oranında artış göstermiştir. Türkiye'deki genel erişkin popülasyonda KBH prevalansı, Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı Araştırması (Chronic Renal Disease In Turkey- CREDIT) sonucuna göre %15,7 bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018). TND Böbrek Kayıt Sistemi verilerine göre ülkemizde SDBY'nin prevalansının giderek arttığı, Türkiye'de 2005 yılında milyon nüfus başına 491 olan SDBY'li hasta sayısının 11 yıllık sürede yaklaşık 2 kat artarak 2016 yılında 933'e ulaştığı belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018).

Hastalığın son evresinde yaşamın devam ettirilebilmesi için Renal Replasman Tedavilerinden (RRT) birinin tercih edilmesi gerekmektedir (Ortiz ve ark., 2014). Böbrek transplantasyonu; hasta sağ kalımı ve yaşam kalitesindeki iyileşme göz önüne alındığında en iyi RRT seçeneğini oluşturmaktadır (Gökalp, 2021). Transplantasyon imkanı bulunmayan hastalarda ise hemodiyaliz (HD) veya periton diyalizi (PD) tedavi seçeneği olarak uygulanmaktadır (Fleming, 2011 ve Gökalp, 2021). Amerika Birleşik Devletleri Böbrek Veri Sistemi (USRDS-United States Renal Data System) 2020 yılı Veri Raporu'na göre; Türkiye'de renal replasman tedavi yöntemlerinin dağılımına bakıldığında hastaların %22'sine böbrek transplantasyonu, %74'üne hemodiyaliz ve %4'üne periton diyalizi uygulanmaktadır. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2021 Kayıt Raporu'na göre RRT gerektiren son dönem böbrek hastalığının (SDBH) prevalansı milyon nüfus başına merkez HD için 696,1, ev HD için 13,1, PD için 40,4 ve transplantasyon için 224 olarak saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2022).

KBH'den etkilenmeyen organ veya sistem hemen hemen yoktur. Hastalarda sıvı-elektrolit dengesizlikleri, hiperlipidemi, stupor, koma, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları, bulantı, kusma, dispepsi, anoreksiya, anemi, büyüme geriliği, üremik deri değişiklikleri, deri turgorunda azalma, nistagmus, bulanık görme, beslenme bozukluğu, pulmoner ödem, kardiyovasküler hastalıklara ait belirti ve bulgular (perikardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomyopati, hızlanmış ateroskleroz, aritmi, kapak hastalığı) sıklıkla görülür (Thomas ve ark., 2008; Varol ve Sivrikaya, 2018 ve Webster ve ark., 2017). HD tedavisi seansı sırasında hipotansiyon ve kramp sık görülen komplikasyonlar iken nadir görülenler arasında baş ağrısı, bulantı-kusma, göğüs ağrısı, ateş, hemoliz, diyalizere aşırı duyarlılık reaksiyonu, sette pıhtılaşma, hava embolisi, kan kaçağına bağlı kanama yer almaktadır (Davenport, 2006 ve Padberg Jr ve ark., 2008). HD seansı sonrasında ise, saatlerce süren halsizlik, sıvı-elektrolit dengesizlikleri çoğu hastada görülmektedir (Yeniçerioğlu ve ark., 2019, s:385). Hintistan ve Deniz (2018)'in yaptığı çalışmada hemodiyaliz hastalarının en

sık ve en şiddetli deneyimlediği semptomlar yorgun hissetme/enerjide azalma (%83,5), kas krampları (%74,7) ve kemik/eklem ağrısı (%73,7) olarak belirlenmiştir.

Kronik bir hastalık olan KBY’de HD ile ilişkili olarak özellikle kişisel hijyen, beslenme, uyku, kişilerarası iletişim, çalışma gibi günlük yaşam aktivitelerinin karşılanmasında bireyin bağımlılığı artmakta, dolayısıyla günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede başka bireylere ihtiyacın arttığı bildirilmektedir (Akı ve Dikmen, 2012 ve Mashayekhi ve ark., 2015). Bu noktada bakım, bakım veren ve bakım yükü gibi kavramlar karşımıza çıkmaktadır. Uzun süreli bakım verme, bakım veren bireyin sosyal, psikolojik, fiziksel durum gibi yaşam kalitesi belirteçlerini etkileyen bir süreç olup bakım veren bireye, ekonomik güçlükler, sağlık sorunları, sosyal aktivite kısıtlılığı ve sosyal izolasyon gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir (Belasco ve Sesso, 2002 ve Güner ve ark., 2018). Literatürde konuya ilişkin kaynaklar yeterli olmamakla birlikte ulaşılan kaynaklardan elde edilen bilgilere göre, SDBY ve KBH olan hastalara bakım verenlerin fiziksel sağlıklarının kötüleştiği ve psikososyal işlevsellik ve ilişkilerde bozulma yaşadıkları gösterilmiştir (Bayrak, 2019 ve Hacımusalar, 2005). Yapılan başka araştırmalarda da bakım verenler hastaları için evde diyalizin sorumluluğu üstlendiğinde yorgunluk, kaygı, stres, depresyon, aile ilişkilerinde bozulma ve sosyal izolasyon oluşabileceği belirtilmiştir (Gayomali ve ark., 2008 ve Tong ve ark., 2008). Literatürde HD uygulanan bireylere bakım veren bireylerin %62,6’sının fiziksel sağlığının olumsuz etkilendiği, %58,5’inin yorgunluk ve halsizlik sorununun olduğu ve depresyon görülme sıklığının normal popülasyona göre daha yüksek bulunduğu belirtilmektedir (Hacımusalar, 2005). Shi ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları araştırmada KBY olan çocukların bakım verenlerinin, Covid-19 salgını sırasında sağlıklı çocukların bakım verenlerine göre daha az sosyal destek ve daha fazla yalnızlık deneyimledikleri belirtilmektedir. Başka bir araştırmada da HD hastalarına bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek daha az olduğunda kaygı düzeyleri üzerinde daha fazla olumsuz etkisinin bulunduğu belirtilmiştir (Shukri ve ark., 2020). Bu durum bakım verenin fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin yaşadıkları sosyal, psikolojik, fiziksel ve ekonomik güçlükler bakım verenlerin depresyon ve bakım yükünü artırarak etkili olmayan baş etme becerilerini kullanmalarına neden olabilmektedir. Literatürde HD tedavisi alan hastaların bakım verenlerinde depresyon görülme sıklığının normal popülasyona göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Belasco ve Sesso, 2002; Hacimusalar, 2005 ve Pürlüsoy ve ark., 2011). Bu yönüyle bireylerin stresle başa çıkma tarzlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin yaşadıkları sosyal, psikolojik, fiziksel ve ekonomik güçlüklerde bakım verenlerin bakım verme rolünde yalnız kalmış hissetmesi, sosyal ilişkilerinin ve aktivitelere katılımının azalması, işten ayrılma veya ulaşım masrafları sebebiyle maddi açıdan zorluk yaşanması yönleriyle etkileyerek sosyal destek arayışına gereksinimini arttırmaktadır. Kaya'nın (2019) hastasına evde bakım verenlerle yaptığı araştırmasında gelir durumuna göre sosyal destek düzeyi puanının geliri giderinden fazla olan bakım verenlerde en yüksek olduğu saptanmıştır. Karaaslan'ın (2013) kanserli hastalara bakım verenlerle yaptığı araştırmada ise bakım sürecinde başkalarından yardım alan bakım verenlerin algılanan sosyal destek puanları yardım almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin yaşadıkları sosyal, psikolojik, fiziksel ve ekonomik güçlükler bakım verenlerin hastalık ve sağlık algılarını etkilemekte, bakım sürecine yönelik duygu, düşünce ve inançlarını etkileyerek spiritüel iyi oluş düzeylerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Literatürde HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin spiritüel iyi oluşlarını araştıran yeterli kaynak bulunmamakla birlikte Kömürcü (2020) tarafından diyaliz hastaları ve bakım verenleri ile yapılan bir araştırmada maneviyatın, inanç ve dini aktivitelerin; depresyon ve anksiyete düzeyinin azaltılmasında, sorunlarla başa çıkma ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Kömürcü, 2020).

Kronik hastalığı olan bir bireye bakım vermenin getirdiği sorumluluklar bakım veren bireyin yaşamını etkilemekte ve bakım verenler hastasının bakımını yürütmeye çalışırken kendi sosyal, psikolojik, fiziksel ve ekonomik gereksinimlerini

göz ardı edebilmektedir. Literatür tarandığında daha çok onkoloji hastalarına ve yaşlı bireylere bakım verenlerin gereksinimleri üzerine yapılan araştırmalara rastlanılmıştır. KBH olan ve HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerle ilgili yapılan araştırmalar sınırlıdır (Gürbüz, 2009 ve Kömürcü, 2020). Bu araştırma ile (1) HD tedavisi alan hastalara bakım verenlere ilişkin farkındalık artacak; (2) HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları, algılanan sosyal destek ve spiritüel iyi oluşları ile birlikte fiziksel bakımdan da gereksinim duydukları destek müdahalelerinin belirlenerek hangi alanda daha fazla desteğe ihtiyaç olduğunun ortaya konması sağlanacak; (3) bu hasta grubuna özel bakım verenlerin desteklenmesine yönelik planlamaların yapılmasını sağlayarak kanıt temelli müdahale çalışmalarının yapılmasına yol gösterici olacaktır.

Bu çalışmada HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları, algılanan sosyal destek ve spiritüel iyi oluşları bakımından gereksinim duydukları destek müdahalelerinin belirlenmesi ve bu değişkenler arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanmıştır.

1.1.1. Araştırma Soruları

1. HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları nasıldır?
2. HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek durumu nasıldır?
3. HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin spiritüel iyi oluş düzeyleri nasıldır?
4. HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği puanları arasında fark var mıdır?

5. HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları arasında fark var mıdır?
6. HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puanları arasında fark var mıdır?
7. HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği puanları, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puanları arasında ilişki var mıdır?

1.2. Genel Bilgiler

1.2.1. Kronik Böbrek Hastalığı ve Epidemiyolojisi

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) sıklıkla önlenemez veya ilerlemesi geciktirilebilir bir durum olmasına karşın, hastalığın bireyler tarafından farkındalık düzeyinin düşük olması ve buna bağlı olarak erken tanıda geç kalınması gibi nedenlerle her yıl artmaktadır (Bilgiç, 2020). KBY tüm Dünya’da yaygın olarak görülen, yaşamı tehdit eden, iş gücü kaybına, çeşitli komplikasyonlara neden olabilen, kötü prognoza sahip, mortalite riski olan kronik bir hastalıktır (Garcia ve Jha, 2015, Okçin ve Yeşilbalkan, 2020 ve Ortiz ve ark., 2014). Böbreğin işlevsel ya da yapısal bozukluklarının en az 3 aydır devam etmesi sonucunda KBH tanısı koyulur (Yeniçerioglu ve ark., 2019, s:291). GFH değerinde azalma ile başlayan, vücudun sıvı-elektrolit ve metabolik işlevlerini sürdürmek için gerekli böbrek fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma ise KBH’nın 5.evresi olan SDBY olarak tanımlanmaktadır (Turgay ve ark., 2020). KBH hastalarının tedavisinde uluslararası bir kriter oluşturulması için GFH ve albüminüri değerine göre evrelere ayrılmıştır. 2012 yılı Böbrek Hastalıkları Küresel Sonuçların İyileştirilmesi Grubu (Kidney Disease Improving Global Outcomes-KDIGO) Kronik Böbrek Hastalığı

Değerlendirme ve Yönetim Kılavuzunda tanımlanan KBH'nın tüm evreleri ve özellikleri Çizelge 1.1' de belirtilmiştir.

Çizelge 1.1. Kronik Böbrek Hastalığı (KBH)'nın Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFH) ve Albüminüriye Göre Sınıflandırılması

GFH Evreleri	GFH (ml/dk/1.73 m ²)	Tanım
G1	≥90	Normal veya yüksek
G2	60 - 89	Hafif azalmış
G3a	45 – 59	Hafif-orta derecede azalmış
G3b	30 – 44	Orta-şiddetli derecede azalmış
G4	15 – 29	Şiddetli azalmış
G5	<15	Böbrek yetmezliği
Albümin Evreleri	Albümin Atılım Hızı (mg/gün)	Tanım
A1	<30	Normal/yüksek normal
A2	30 – 300	Yüksek
A3	>300	Çok yüksek

KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease'den uyarlanmıştır.

Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı 2018-2023 raporuna göre günümüzde dünya genelinde 600 milyondan fazla kişide Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) olduğu tahmin edilmektedir. Diğer bir deyişle, genel olarak her 7-8 erişkinden birinde değişik düzeylerde böbrek hastalığı olduğu düşünülmektedir. Hill ve arkadaşlarının yayınladığı meta-analiz araştırmasının sonucu da bu bilgiyi desteklemekte ve bu araştırmaya göre, dünyada erişkin popülasyonun yüzde 13,4'ü KBH'na sahiptir (Hill ve ark., 2016). Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2021 Kayıt Raporu'na göre ülkemizde milyon nüfus başına RRT gerektiren SDBH prevalansı ise 2019 yılında 1008 olarak saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2022).

Türkiye'deki genel erişkin popülasyonda KBH prevalansı, Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı Araştırması (Chronic Renal Disease In Turkey-CREDIT) sonucuna göre %15,7 bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018). Buna göre, ülkemizde 7,5 milyon kronik böbrek hastası bulunmakta ve her 6-7 yetişkinden birinde çeşitli evrelerde böbrek hastalığına rastlanmaktadır (Seyahi ve ark.,2015).

CREDIT çalışması Türkiye’de kadınlardaki KBH prevalansının erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu belirtmiştir (%18,4 ve %12,8; $p<0,001$) (Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018). Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı 2018-2023 raporu, ülkemizdeki KBH sıklığının yaşlılarda, kadınlarda, bazı coğrafik bölgelerde (Marmara, Güneydoğu Anadolu) ve kırsal bölgelerde yaşayanlarda, diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalığı bulunanlarda anlamlı derecede daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018).

USRDS 2020 yılı Veri Raporu’na göre; KBY hastaları arasında, düzeltilmiş ölüm oranının son on yılda %20 düşüşle 2009’da yılda 1 000 kişi başına 121,6 ölümden 2018’de yılda 1 000 kişi başına 97,7’ ye düştüğü ve ölüm oranlarının yaş, cinsiyet ve ırka göre tanımlanan tüm alt gruplar arasında azaldığı belirtilmiştir (United States Renal Data System, 2020).

Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023 Eylem Planı, KBH’nın erken evrelerinden itibaren, başlıca kardiyovasküler rahatsızlıklara bağlı olarak morbidite ve mortalite risklerinin arttığını belirtmiştir. Yapılan araştırmalara göre, diyaliz hastalarında ölüm oranlarının genel popülasyona göre 10-30 kat daha yüksek olduğu ve ölümlerin yüzde 50’den fazlasının kardiyovasküler olaylara bağlı geliştiği saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018). Türk Nefroloji Derneği (TND)’nin 2021 Yılı Böbrek Kayıt Sistemi verilerine göre, ülkemizde diyaliz tedavisi alan bireylerdeki ölümlerin hemodiyaliz hastalarında %33,79’unun, periton diyalizi hastalarında ise %35,92’sinin kardiyovasküler olaylardan kaynaklandığı saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2022). Böbrek transplantasyonu; hasta sağ kalımı ve yaşam kalitesindeki iyileşme göz önüne alındığında en iyi RRT seçeneğini oluşturmaktadır (Gökalp, 2021).

1.2.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi Yöntemleri

Hastalığın son evresinde yaşamın devam ettirilebilmesi için renal replasman tedavilerinden (RRT) birinin tercih edilmesi gerekmektedir. Yaşam kalitesine olumlu etkisi ve hasta sağ kalımı açısından böbrek transplantasyonu en iyi seçeneği oluşturmaktadır (Gökalp, 2021). Hastalarda hemodiyaliz (HD) veya periton diyalizi (PD) de tedavi seçeneği olarak uygulanabilmektedir (Gökalp, 2021). TND 2021 Kayıt Raporu'na göre; 2021 yılı sonu itibarıyla RRT ile izlenmekte olan hastaların RRT tipine göre dağılımına bakıldığında %24,56 böbrek transplantasyonu, %70,06 merkez hemodiyalizi ve %4,06 oranında periton diyalizi uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2022).

1.2.2.1. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz tedavisi, kanda biriken metabolik artık ve toksik maddelerin, bir makine yardımı ve yarı geçirgen bir membran aracılığı ile diyaliz solüsyonuna ozmoz, difüzyon ve ultrafiltrasyon ilkeleri doğrultusunda geçmesi ile sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenmesidir (Akı ve Dikmen, 2012 ve Özkan ve ark., 2019). HD, SDBY popülasyonunda özellikle akut durumlarda yaygın olarak kullanılan ve birincil tedavi yöntemidir. HD, kronik HD programlarında haftada 2-3 kez yapılır. Bir HD seansı yaklaşık 4 saat sürer (Avşar ve ark., 2015 ve Ortiz ve ark., 2014).

Hemodiyaliz (HD), ülkemizde en sık uygulanan renal replasman tedavi (RRT) yöntemidir. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği 2022 Ortak Raporu'na göre; hemodiyalize yeni başlayan hasta sayısında (9 517) geçen yıla göre (9 081) artma olduğu dikkat çekmektedir. Hastaların prevalansı da (60 051) geçen yıla göre (60 558) azalmıştır. Bu sonuçların pandemiden etkilendiği düşünülmektedir. Hastaların yaklaşık %88'ine haftada 3 seans veya daha fazla HD tedavisi uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2022).

Hemodiyaliz tedavisi sırasında ve sonrasında hastalar bazı sorunlar yaşıyabilmektedir:

Hipotansiyon ve kramp sık görülen intradiyalitik komplikasyonlar olup, nadir görülenler arasında baş ağrısı, bulantı-kusma, göğüs ağrısı, ateş, hemoliz, diyalizere aşırı duyarlılık reaksiyonu, sette pıhtılaşma, hava embolisi, kan kaçağına bağlı kanama vardır (Davenport, 2006; Padberg Jr ve ark., 2008 ve Yeniçerioğlu ve ark., 2019, s:385). İnterdiyalitik komplikasyonlarda ise halsizlik ve sıvı-elektrolit dengesizlikleri çoğu hastada görülmektedir (Davenport, 2006 ve Yeniçerioğlu ve ark., 2019, s:385). Literatürde HD hastaları ile yapılan bir araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan hastaların %50'sinin kronik ağrı yaşadığı, %55'inin ise şiddetli ağrı yaşadığı belirtilmiştir (Davison, 2003). Lok'un (1996) hemodiyaliz hastalarıyla gerçekleştirdiği araştırmasında hastalar tarafından en çok ifade edilen üç fiziksel zorluğun fiziksel kısıtlılıklar, yorgunluk ve kas krampları olduğu belirtilmektedir ve Curtin ve arkadaşlarının (2002) yapmış olduğu araştırma da bu sonucu desteklemektedir. Usta ve Demir'in (2014) araştırmasında da HD hastalarında yorgunluk görülme oranı %62,2 olarak belirtilmiştir. HD hastaları ile yapılan bir başka araştırmada hastaların yaşadıkları psikososyal sorunlar, geçmişe duyulan özlem, terk edilme, sosyal destek ve arzu edilmeyen cinsel ilişkiye zorlanma olarak belirlenmiştir (Zengin ve Yıldırım, 2017).

1.2.2.2. Periton Diyalizi

Periton (karın zarı) kapillerindeki kan ve periton boşluğuna infüze edilen bir diyaliz sıvısı arasında, peritonu filtre olarak kullanarak üremik toksinlerin, değişen derecelerde hipertonic olan bu solüsyonların yarattığı ozmotik basınç ile de vücuttaki fazla suyun uzaklaştırılması (ultrafiltrasyon) işlemidir (Yeniçerioğlu ve ark., 2019, s:391).

Periton diyalizi (PD) işlemi sebebiyle peritonit, kateter çıkış yeri enfeksiyonu, fitiklar, diyalizat sızıntısı, ultrafiltrasyon yetersizliği, bel-sırt ağrısı, hidrotoraks,

hiperlipidemi ve obezite gibi sorunlar yaşanabilmektedir (Mehrotra ve ark., 2016 ve Yeniçerioğlu ve ark., 2019, s:399-403).

1.2.2.3. Böbrek Transplantasyonu

Böbrek nakli (transplantasyon) ileri evre böbrek yetersizliğinde tercih edilen bir tedavidir. Böbrek naklinde tek endikasyon son dönem böbrek yetmezliği olmasıdır. Böbrek naklinde canlı vericiden veya kadavradan sağlanan böbrek kullanılabilir. Günümüzde 1 yıllık greft yaşam süresinin, kadavra nakillerde %92 iken, canlı donör transplantasyonlarında %97 civarında olduğu bilinmektedir (Yeniçerioğlu ve ark., 2019, s:371).

Böbrek transplantasyonu sonrası en sık karşılaşılan sorunlar:

Akut tübüler nekroz, rejeksiyon, enfeksiyon ve cerrahiye bağlı komplikasyonlar (üriner sızıntı, lenfositik, renal arter/ven trombozu, üretral obstrüksiyon ve renal arter stenozu) dır (Akbar ve ark., 2005 ve Köken, 2018).

1.2.3. Bakım, Bakım Verme ve Bakım Yükü Tanımı

Türk Dil Kurumuna göre **bakım**; “Bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” olarak tanımlanmaktadır.

Toseland, Smith ve McCallion (2001) literatürde **bakım verme** kavramını hasta veya yaşlı bir bireye fiziksel, sosyal, ekonomik ve duygusal açılardan destek sağlayan, sürekli ve uzun dönem bir yardım sürecini kapsayan bir kavram olarak tanımlamıştır (Aktaş ve Sertel-Berk, 2019).

Bakım veren “Hastalığı, sakatlığı ya da sadece yaşlılığı nedeniyle kendine bakamayan bireylere ücretsiz olarak yardım eden ya da yardımı düzenleyen kişiler” şeklinde de tanımlanmaktadır (Berber, 2014). Diğer bir tanıma göre *bakım veren* “Hastalığı, sakatlığı ya da sadece yaşlılığı nedeni ile kendine bakamayan bireylere yardım eden ya da yardımı düzenleyen kişilerdir” (Küçükgüçlü, 2004). Bakım verme, formal ve informal olmak üzere ikiye ayrılır. **Formal bakım** evde veya kurumda belli bir ücret karşılığında sağlık veya sosyal bakım hizmetleri sağlayan meslek mensuplarının verdiği bakımdır. Formal bakım verenler daha çok hemşire, fizyoterapistler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılarıdır. **İnformel bakım** ise bakıma ihtiyacı olan bireyin temel ihtiyaçlarını karşılayan, tıbbi bakımını ve doktor ya da hastane ilişkilerini takip eden, ücret almayan, bakım ihtiyacı olan bireyin eşi, çocuğu, akrabası veya komşusu tarafından verilen bakımdır (Aktaş ve Sertel-Berk, 2019; Bruening ve ark., 2020; Değer ve Ordu, 2021 ve Gel ve Kesgin, 2017).

Bakım verme yükü, bakım veren bireyin yaşam kalitesini etkileyen bakım verme sırasında yaşadığı fiziksel, duygusal, psikolojik, ekonomik ve sosyal problemler olarak tanımlanmıştır (Jafari ve ark., 2018; Kaynar, 2016 ve Türkoğlu, 2010). Bir başka tanıma göre ise *bakım yükü*, bu süreçte bakım veren bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan kendini aşırı zorlanmış hissetmesi durumudur (Chou, 2000).

1.2.4. Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimleri

Sürekli ve kalıcı yetersizlikler bırakan, uzun süreli gözlem, kontrol ve bakım gerektiren kronik hastalıklar destek bakım gereksinimini ortaya çıkarmaktadır (Erdem ve ark., 2013). Uzun süreli bakım verme, bakım veren bireyin sosyal, psikolojik, fiziksel durum gibi yaşam kalitesi belirteçlerini etkileyen bir süreç olup bakım veren bireye, ekonomik güçlükler, sağlık sorunları, sosyal aktivite kısıtlılığı ve sosyal izolasyon gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir (Evgin ve Erdem, 2017 ve Güner ve ark., 2018).

Yapılan araştırmalarda bakım verenlerin, bakımla ilişkili rolleri sebebiyle yorgunluk, halsizlik, uyku bozuklukları, ağrı gibi sorunlar deneyimledikleri bildirilmiştir (Güner ve ark., 2018). Kronik hastalıklarla baş etmede desteği olmayan ve zorlanan ailelerde; düşük benlik saygısı, suçluluk, suçlanma, aile çatışmaları, uyum bozuklukları ve depresyon gibi problemler yaşanabilmektedir (Akı ve Dikmen, 2012). Uzun süreli bakım verme sürecinden kaynaklanan gerginlik hem hastanın hem de bakım veren bireyin psikolojik sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (Güner ve ark., 2018). Bakım veren bireylerin, yalnız olmadıklarını hissetmeye, aile ve arkadaş desteğine, duygusal, sosyal ve ekonomik yönden desteğe ihtiyaçları vardır (Dökmen, 2012).

Özellikle KBY bir aile hastalığı olarak görölmektedir. Bu özellikle diyaliz hastaları için daha belirgin bir tanımlamadır. Çünkü diyaliz hastalarında aile içinden biri diyaliz partneri olarak davranmakta ve diyalizle ilgili bütün sorunlarla muhatap olabilmektedir. Bu durumda diyalizden en çok etkilenen kişi hasta ile ilgilenen kişi olabilmektedir, hatta pek çok araştırma bakım gösterenlerin, ruh sağlığı ve yaşam kalitesi açısından bu durumdan etkilendiklerini göstermektedir (Aydemir ve ark., 2002). Bakım verenler genellikle hastayı diyalize getirerek, ilaç vererek, beslenme, giyinme ve hijyen gibi kişisel gereksinimleri hazırlayarak yardımcı olan yakın akrabalarıdır (Avşar ve ark., 2015). Bardak ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir araştırmada PD, HD ve böbrek nakli hastalarının dahil edildiği 127 hasta yakınına Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ve Belirti Tarama Listesi (SCL-90) ölçekleri uygulanmış ve HD hasta yakını grubunda bakım yükünün daha fazla olduğu saptanmıştır (Bardak ve ark., 2019).

Kronik hastalığı olan bir bireye bakım vermenin getirdiği sorumluluklar bakım veren bireyin yaşamını etkilemekte ve bakım verenler hastasının bakımını yürütmeye çalışırken kendi psikososyal, fiziksel ve ekonomik gereksinimlerini göz ardı edebilmekte ve hastalarının sorunları ile ilgilenmeye çalışmaktadır. Bakım verenin bakım yükünü azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak için fiziksel, ekonomik, sosyal ve duygusal yönden gereksinim duyduğu destek alanlarının belirlenmesi gerekmektedir.

1.2.4.1. Bakım Verenin Fiziksel Destek Bakım Gereksinimleri

Kronik hastalığı bulunan bireylere bakım verme nedeniyle bakım verenlerde görülen fiziksel (somatik) semptomlar arasında; yorgunluk, düzensiz yemek yemeye bağlı iştahta değişim, sindirim güçlüğü, konstipasyon, kilo alma veya kaybetme, baş ağrısı, bağışıklık sisteminde değişiklik, uyku düzensizliği, hipertansiyon, ağrı, kardiyovasküler rahatsızlıklar, giyim ve kuşamda dağınıklık, kendi bakımına yeterli zaman ayıramama bulunmaktadır (Karaaslan, 2013; Kaynar, 2016; Küçüköğlu, 2019 ve Türkoğlu, 2010). Ayrıca bedensel güç gerektiren bakım uygulamaları sonucunda eklem ve kas ağrıları, bel ve boyun bölgesinde fıtık, kas ve eklem incinmeleri oluşabilmektedir (Bayrak, 2019).

Literatürde kemoterapi alan hastalara bakım verenlerle yapılan araştırma sonuçlarında; bakım verenlerin %80,3'ü bakım vermeden önce kendi sağlığını iyi olarak algıladıklarını, %51,6'sı bakım verdikten sonra kötü olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir ve fiziksel sağlıkta objektif değişiklikler yaşadıkları saptanmıştır (Şahin ve ark., 2009). Hacimusalar (2005)'ın araştırmasında HD uygulanan bireylere bakım verenlerin %62,6'sının fiziksel sağlığının olumsuz etkilendiği, %58,5'inin yorgunluk ve halsizlik sorununun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

1.2.4.2. Bakım Verenin Psikolojik Destek Bakım Gereksinimleri

Bakım verenlerde bakım verme sürecinde huzursuzluk, uykusuzluk, depresyon, sosyal izolasyon, benlik saygısında azalma, problem çözmede güçlük ve alkol tüketiminde artış gibi sorunlar yaşanabilmektedir. Bakım verenlerin üstlendiği bakımın zorluğuna bağlı yaşadıkları stres; anksiyete, güçsüzlük, umutsuzluk duygusu hissetmelerine neden olabilmektedir (Karaaslan, 2013; Kaynar, 2016 ve Türkoğlu, 2010). Yapılan bir araştırmada HD tedavisi alan hastaların bakım verenlerinde depresyon görülme sıklığı normal popülasyona göre daha yüksek bulunmuştur (Hacimusalar, 2005 ve Pürlüsoy ve ark., 2011). Bakım veren birey, sorumluluklarını yerine getirmekte zorlandığında kontrol kaybı ve suçluluk duygusu hissedebilmekte

ve bu durumla baş edilemediğinde intihar düşüncesi gibi psikolojik sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Bayrak, 2019). HD hastalarına bakım verenlerle yapılmış başka bir araştırmada da bakım verenlerde psikolojik rahatsızlık varlığı durumunda hastalık sürecinden daha çok etkilenecekleri ve stres belirtileriyle baş etme kapasitelerinin olumsuz etkileneceği belirtilmiştir (Belasco ve Sesso, 2002).

1.2.4.3. Bakım Vereninin Sosyal Destek Bakım Gereksinimleri

Kronik hastalığa sahip olan bireye bakım verme, kişiler arası ilişkilerde de sorunlara neden olabilmektedir. Bakım veren bireyler, ailesiyle yalnız kalamama, boş zamanlarında gerçekleştirdikleri aktiviteleri gerçekleştirememesi gibi sorunlar yaşayabilmektedir (Kılıç, 2018). Bakım verdiği süre boyunca aile, arkadaş veya sosyal ilişkileri aksayan bakım veren özgürlüklerinin kısıtlandığını düşünmektedir ve sosyal destekte azalma, bakım rolünde kendilerini yalnız kalmış hissetme ve sosyal izolasyon yaşama ve kendi öz bakımını aksatma olasılığı artmaktadır (Karaaslan, 2013; Kol, 2019 ve Türkoğlu, 2010). Ayrıca artan bakım yükü nedeniyle rol çatışması yaşanabilmekte, eş rolünü yerine getiremeyen bakım veren ve eşi arasında aile içi süreçlerde bozulma, gerginlik ve çatışma yaşanabilmektedir (Bayrak, 2019). Literatürde diyaliz hastalarına primer bakım veren bireylere sağlanan sosyal desteğin çoğunlukla eşleri, aile üyeleri tarafından verildiği belirtilmiştir (Byers ve ark., 2011). Yapılan başka bir araştırmada HD hastalarına bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek daha az olduğunda kaygı düzeyleri üzerinde daha fazla olumsuz etkisinin bulunduğu belirtilmiştir (Shukri ve ark., 2020).

1.2.4.4. Bakım Vereninin Ekonomik Destek Bakım Gereksinimleri

Bakım verenler ekonomik sorunlarla da karşılaşmaktadırlar. Bakım verme nedeniyle işten ayrılma, tedavi ve bakım ilişkili masraflar, sağlık güvencesinin karşılamadığı hastalığa bağlı ek masrafların olması, ulaşım masrafları gibi ekonomik sorunlar yaşanabilmektedir (Bayrak, 2019; Kaynar, 2016 ve Kol, 2019). Literatürde

sosyoekonomik düzeyi düşük bakım verenlerin hissettiği bakım yükünün daha fazla olduğu belirtilmiştir (Monygomery ve ark., 1985).

Literatürde kemoterapi alan hastalara bakım verenlerle yapılan bir araştırma sonucunda; bakım verenlerin %49,4'ünün ulaşım ve maddi yönden zorlandıkları saptanmıştır (Şahin ve ark., 2009). HD hastalarına bakım verenlerle yapılmış bir araştırmada ise bakım verenlerin faaliyetlerini yürütebilmek için, duygusal veya eğitimsel destek alabilmek için ekonomik sınırlılıklarının bulunma olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Belasco ve Sesso, 2002).

1.2.4.5. Bakım Vereninin Spiritüel İyi Oluşlarına İlişkin Destek Bakım Gereksinimleri

Spiritüel iyi oluş kavramı “Bireyin her şeyi sorgulayarak hayatında anlam arayışı içinde olması, açıklanması zor metafizik varlıkları anlamaya istekli olması ve içindeki mevcut güç ile dışardaki güçler arasında uyum sağlaması” şeklinde tanımlanmaktadır (Opatz, 1986). Bir başka tanıma göre ise spiritüel gelişim içinde olma, başkalarıyla iletişim kurma, hayatta anlam arama ve aşkına inanma ve aşkınla ilişki kurma duygusu olarak açıklanmaktadır (Assarroudi ve ark., 2011 ve Rovers ve Kocum, 2010).

Bakım verenler yaşadıkları zorluklara uyum sağlamak için genellikle iç dünyasına yönelirler. Dolayısıyla insanın fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik destek bakım gereksinimleri kadar spiritüel iyi oluş düzeyleri de önemlidir ve bu boyutlar birbiriyle etkileşim halindedir (Mingir, 2022).

Literatürde HD tedavisi alan hastaların bakım verenleri ile ilgili araştırma sonuçlarına ulaşamamakla birlikte hemşirelerle yapılan bir araştırmalarda; spiritüel iyi oluş düzeyleri yüksek hemşirelerin, hastalarının spiritüel ihtiyaçlarını daha iyi tanıyarak ihtiyaçlarına yanıt verme becerisine de sahip oldukları, iş stresi ile daha iyi baş ettikleri, daha az tükenmişlik yaşadıkları, yaşamdan daha fazla doyum aldıkları,

daha az uyku sorunu ve ruhsal sıkıntılar yaşadıkları belirtilmektedir (Çevik, 2022 ve Yorulmaz, 2021).

1.2.5. Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimlerinin Karşılanması

Hasta ve primer bakım vereni birlikte değerlendirilmelidir. *Primer bakım veren* kronik hastalığı olan bireye psikolojik ve sosyoekonomik destek sağlayan, hastalıkla baş etme ve fiziksel bakımda yardım eden bireydir (Archbold ve ark., 1990 ve Given ve ark., 1992). Primer bakım veren bireyler; HD tedavisi alan bireylerin sınırlı olduğu aktiviteler ve bağımlılıkları nedeni ile tanı evresinden, tedavi ve evde bakım da dahil her süreçte sağlık profesyonelleri ile yakın iletişim içerisinde olmak zorundadır (Akı ve Dikmen, 2012).

Diğer kronik bakım gereksinimi olan hastalıklarda olduğu gibi, KBY tanılı hastanın eğitimi, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetlerin sunulmasında, uzmanlık alan bilgisine sahip sağlık profesyonelleri son derece önemlidir (Okçin ve Yeşilbalkan, 2020). Destek müdahaleleri muhtemelen bakım verenlerin yaşam kalitesini, memnuniyetini ve başa çıkma becerilerini geliştirebilir ve bu da dolaylı olarak bakım alıcısı için tıbbi ve psikososyal sonuçları iyileştirebilir (Tong ve ark., 2008).

1.2.5.1. Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Bakım veren bireylerin bakım verme sürecinde fiziksel, psikolojik, sosyoekonomik ve spiritüel anlamda gereksinimleri ortaya çıkabilmektedir ve bakım yükünü etkilemektedir. Bakım verme yükü objektif veya subjektif olarak ölçülebilmektedir. Objektif yük ölçümünde bakıma harcanan zaman ve bakımda üstlenilen görevlerin miktarı gibi değişkenler bulunmaktadır. Subjektif ölçümde ise bakım vermenin bakım veren birey üzerinde oluşturduğu duygusal sıkıntının derecesi incelenmektedir (Honea ve ark., 2008). Bakım verenlerin destek bakım

gereksinimlerinin belirlenmesinde değişkenlerin ölçümünde birden çok dolaylı göstergelerden oluşan ölçüm araçları kullanılmaktadır. Bu ölçeklerden bazıları genel özellikleri ile aşağıda açıklanmıştır.

Zarit Bakıcı Yük Ölçeği, Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı sıkıntıyı değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. (Zarit ve ark., 1980). Ölçeğin Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması için İnci ve Erdem (2008) tarafından yapılmış olup Özlü ve ark. (2009) şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmıştır.

Bakım Veren Tepkisi Değerlendirme Ölçeği (Caregiver Reaction Assessment), mental ve fiziksel sağlık sorunu olan yaşlı bireye bakım veren aile üyelerinin, bakıma olan tepkisini değerlendirmek amacıyla Given ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geliştirilmiş bir ölçektir. Çok boyutlu olarak geliştirilen ölçek, 5 alt boyut olmak üzere toplam 24 maddeden oluşmaktadır ve 1 ile 5 arası puanlama yapılarak hesaplanmaktadır. Ölçeğin alt başlıkları; bakım veren birey için planlamada bozulma, finansal sorunlar, aile desteği eksikliği, sağlık sorunları ve öz saygıyı içermektedir. Öz saygıyı değerlendiren alt boyut dışındaki diğer boyutlar için alınan yüksek puan bakım verenin negatif açıdan etkilendiğini ve bakım yükünün yüksek olduğunu göstermektedir. Öz saygı alt boyutu için ise yüksek puan yüksek benlik saygısını ifade etmektedir (Given ve ark., 1992). Ölçeğin Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması Bahar ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır.

Bakım Veren Stres Ölçeği (Caregiver Strain Index), Robinson tarafından bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirmek amacıyla geliştirilen bir ölçektir (Robinson, 1983). Bakım Veren Stres Ölçeği (BVSÖ), bakım konusunda endişeleri olan aileleri hızlı şekilde belirlemek amacıyla kullanılabilen bir ölçme aracıdır

(Karaaslan, 2013). Bakım verilmesindeki stres ölçümleri 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 13'tür. Ölçekten 7 puan ve üzeri alınması, stresin bakım veren tarafından yüksek algılandığını dolayısıyla bakım yükünü gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik- güvenirlik çalışması 2006 yılında Uğur tarafından kanserli hastalara bakım veren aile üyeleri ile yapılmıştır.

Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği, kanser hastalarına bakım verenlerin ve eşlerinin destekleyici bakım ihtiyaçlarını değerlendirmek amacıyla Girgis, Lambert, Lecathelinais tarafından geliştirilen ölçek 4 alt boyut ve toplam 45 maddeden oluşmaktadır. Ölçek sağlık bakım hizmetleri ihtiyaçları alt boyutu, psikolojik ve emosyonel ihtiyaçlar alt boyutu, iş ve sosyal ihtiyaçlar alt boyutu, bilgi ihtiyaçları alt boyutlarından ve 45 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert tipinde olup ölçekten alınabilecek puan 45 ile 225 puan arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan, karşılanmamış ihtiyaçların yüksek olduğunu göstermektedir (Girgis ve ark., 2011). Ülkemizde geçerlilik-güvenirlik çalışması Atlı Özbaş, Kılıç ve Öz tarafından 2019 yılında yapılmış olup, Cronbach alfa kat sayısı 0.96 olarak bulunmuştur.

Bahsedilen bu ölçeklerin dışında bakım verenin fiziksel, sosyal, psikolojik destek bakım gereksinimlerine yönelik farklı ölçekler de kullanılabilmektedir. Bu araştırmada ***Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)***, ***Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)***, ***Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ)*** kullanılacaktır. Ölçeklerin alt boyutları hakkındaki tanıtıcı bilgilere “2.7.Veritoplama Araçları” başlığı altında yer verilmiştir.

1.2.5.2. Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimlerinin Karşılanmasına İlişkin Öneriler

Bakım verenlerin fiziksel sorunlarla baş edebilmesi için yeterli beslenme ve dinlenmesi, gün içinde kendilerine vakit ayırması, sorumluluklarını ailenin diğer üyeleriyle paylaşması, kendi ilaçlarını düzenli kullanması, sağlık kontrollerini ihmal

etmemesi gibi önlemler alınabilmektedir (Bayrak, 2019). Sorenson ve arkadaşlarının (2002) yaptığı meta analiz çalışmasında bakım veren bireyi dinlendirmenin bakım verme yükünü azalttığı yönünde etkili olduğu ifade edilmiştir.

Bakım verenlerin psikolojik sorunlarla baş edebilmesi için öncelikle gereksinimlerinin farkında olunması gerekmektedir. Bakım verenin problem çözme ve baş etme becerilerinin geliştirilmesi, olumsuz düşünce ve duygulardan uzak durma, sosyal yaşama katılma gibi girişimler önerilmektedir. Literatürde bakım verenlere yönelik destek ve bilgilendirmenin stres, depresyon ve bakım yükünü azaltabileceği, problem çözme ve baş etme becerilerini artırılabilceği, psikososyal sonuçları iyileştirebileceği belirtilmektedir (Bayrak, 2019 ve Tong ve ark., 2008).

Bakım verenlerin sosyal sorunlarla baş edebilmesinde aile, akraba veya akran gruplarıyla düzenlenen sosyal etkinliklere katılması sosyal izolasyon ve yalnızlık durumunu önleyebilmektedir. Ayrıca el işi, kitap okuma, müzik dinleme gibi hobilerle ilgilenme, hastası HD seansındayken alışveriş, sinema, yürüyüş gibi aktiviteler yapma, diyaliz merkezlerinde bulunan diğer bakım verenlerle iletişime geçme yapılabilecek uygulamalar arasındadır. Literatürde sosyal aktivitelerin stres ve bakım yükünü azalttığı, yaşam kalitesini artırdığı belirtilmektedir (Bayrak, 2019).

Bakım verenlerin ekonomik sorunlarla baş edebilmesi için ücretsiz evde sağlık hizmetlerinden yararlanma, hastası ve tıbbi ihtiyaçları için sağlık raporu çıkarma, bakım ücreti alma gibi konularda bilgi verilerek desteklenebilmektedir (Bayrak, 2019). Ayrıca bu konuda 2006 yılında Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik yayınlanmıştır. Yönetmeliğe göre Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'nün ilgili komisyonu tarafından yapılan değerlendirme sonucu evde bağımlı/engelli bireye bakım sunan aile üyesine bakım ücreti ödenerek, ekonomisi güvence altına alınmıştır (Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik, 2006). HD tedavisi alan hastalar için de gerekli evraklarla başvuru yapıldığında ilgili kurum tarafından değerlendirmeye alınarak gerekli şartları sağladığına karar verilirse bakım ücreti desteği verilebilmektedir.

Uğur ve Fadiloğlu (2013)'nın araştırması sonucunda kanser hastasına bakım verenlere verilen planlı eğitimin bakım verenin algıladığı bakım yükünü azalttığı saptanmıştır. Bu doğrultuda, hasta-aile grup toplantıları, bireysel eğitim programları ve kendi kendine destek grupları ile gereksinimler doğrultusunda hastaya ve bakım verene hastalığın ve tedavi sürecinin anlatılması, bakım verenlerin destek alabilecekleri kurumlar, sivil toplum örgütleri ve topluluklar hakkında bilgilendirilmesi, rehabilitasyon programı başlatılması ile bakım yükü hafifletilerek hasta ve ailesinin geleceğe daha umutla baktığı düşünülmekte, bunun sonucunda bakımı daha iyi yönetip bakım vericinin özbakım gücünü de artırdığı ifade edilmektedir (Bayrak, 2019 ve Kaynar, 2016).

Kronik hastalığı olan hastaya bakım verenlerin, bakım sorumluluğunda, bakım vermeye yönelik yaşayabilecekleri fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve spiritüel boyutta güçlükler olabilmektedir. Bu bağlamda bakım verenlerin gereksinim duydukları destek alanlarının belirlenmesi ve bireyin ihtiyaç duyduğu eğitim yöntemleriyle veya kanıt temelli müdahale çalışmaları ile gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, hemodiyaliz tedavisi alan hastalara bakım verenlerin destek bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla kesitsel- tanımlayıcı türde yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 01/08/2022-01/10/2022 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği ile Zonguldak ili Karadeniz Ereğli ilçesinde bulunan Başkent Üniversitesi Kdz. Ereğli Diyaliz Merkezi, Özel Ereğli Can Diyaliz Merkezi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Kdz. Ereğli Devlet Hastanesi Diyaliz Merkezi adında üç diyaliz merkezinde yapılmıştır.

Başkent Üniversitesi Kdz. Ereğli Diyaliz Merkezi'nde Seronegatif hemodiyaliz cihazı 13 adet, bir adet HCV + (Hepatit C) hemodiyaliz cihazı, bir adet HBS + (Hepatit B) hemodiyaliz cihazı, bir adet yedek seronegatif hemodiyaliz cihazı ile toplam 15+1 cihaz ile Kronik Böbrek Yetmezliği hastalarına hemodiyaliz tedavisi sunulmaktadır. Su sisteminde Reverse Osmosis (Ters Ozmoz) sistemi mevcuttur. Single Needle imkanı sunulmaktadır. Merkezde re-use (tekrar kullanım) yapılmamaktadır. Diyaliz merkezinde tedavi hizmetleri için; iki sertifikalı hekim, bir diyaliz sorumlu hemşiresi, üç diyaliz hemşiresi, iki diyaliz teknikeri bulunmaktadır. Tüm hemşireler diyaliz sertifikasına sahiptir. Bakım ve onarım hizmetleri için iki teknisyen bulunmaktadır. Merkeze haftada altı gün (Pazar günleri hariç) 07:00-22:00 saatleri arasında hasta kabulü yapılmaktadır. Başvuran hastalar haftada iki veya üç seans HD tedavisi almaktadır. Merkezde Pazartesi, Çarşamba, Cuma günleri üç seans, Salı, Perşembe, Cumartesi günleri iki seans uygulanmaktadır. Nefroloji uzmanı aylık hasta vizitleri yapmakta olup seanslar iki diyaliz hekimi gözetiminde, diyaliz hemşireleri tarafından yapılmaktadır. Hastanın mahremiyeti düşünülerek

hasta yakınları diyaliz salonlarına kabul edilmemektedir. HBS+ ve HCV+ diyaliz hastalarına ayrı alanda ayrı cihazlarda tedavi hizmeti verilmektedir. Sorumlu hemşire tarafından Hepatit Aşı Programlarının takibi yapılmakta, diyetisyen tarafından hastaların diyetleri hazırlanmaktadır. Her ay hemşireler tarafından her hastadan rutin kanlar alınmaktadır. Merkezde dinlenme ve bekleme salonu mevcut olup diyaliz salonlarında her bir yatak için plazma tv ve kişiye özel kulaklık bulunmaktadır. Başvuru Koşulları için; hastaların kimlik bilgileri, Hepatit markırlarını içeren Epikriz, Rapor ve tahlil sonuçları gerekmektedir. Yurtdışından misafir olarak gelen hastalar için ise; Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan alınacak Yupass Numarasını gösteren belgenin olması gerekmektedir. Merkez tarafından Kdz. Ereğli ilçesi, Akçakoca'ya yakın ilçe ve köylere servis hizmeti sağlanmakta olup Covid-19 hastalığı sebebiyle gerekli olmadığı takdirde bakım verenlerin servis aracını kullanmaması istenmektedir. Hastaların Ankara ve İstanbul Hastanesine gönderilmesi için merkezden araç tahsis edilmektedir. Hastalara hastalık ve tedavi süreci, dikkat edilmesi gerekenler konusunda bilgilendirme yapılmaktadır, transplantasyon adayı olmak isteyen hastalara bu süreçte destek olunmaktadır, fakat bakım verenlere yönelik eğitim programları düzenlenmemektedir. Bilgilendirmeler diyaliz salonunda veya doktor-sorumlu hemşire odasında yapılmaktadır.

Özel Ereğli Can Diyaliz Merkezi'nde; toplam Gambro marka 20+3 adet Hemodiyaliz cihazı mevcuttur ve HCV(+) – HBS (+) hastalar için ayrı cihaz ve bölümler bulunmaktadır. Merkezdeki tedavi için gerekli saf su; ön arıtma sistemiyle beraber işleyen çift Reverse Osmose Su Arıtma Sistemleri ile üretilmektedir. Son teknolojiyle dizayn edilmiş sistemde Endotoksin filtresi de mevcuttur. Endotoksin filtreleri bakteri parçalanma ürünlerini 0,25 IU/ml'nin altında tutmasını sağlar. Hastalara medikal malzeme olarak biouyumlu membran ve diyalizatlar kullanılmaktadır. Diyaliz merkezinde tedavi hizmetleri için; üç sertifikalı hekim, bir sorumlu hemşire ve altı hemşire ve bir diyaliz teknikeri bulunmaktadır. Merkeze Pazartesi'den cumartesiye 07.30-20.30 saatleri arasında hasta kabulü yapılmaktadır, Pazar günleri çalışmamaktadır. Başvuran hastalar haftada iki veya üç seans HD tedavisi almaktadır. Hastalar dört saatlik diyaliz süresince hasta başı televizyon, gazete ve dergi gibi aktivitelerle desteklenmektedir. Salonlar merkezi ısıtma ve

soğutma sistemine sahiptir. Ayrıca diyaliz seanslarına uygun diyetisyen kontrolünde kahvaltı ve sıcak yemek verilmektedir. Hastalar evlerinden veya yatış yaptıkları hastanelerden klimalı araçlar ile alınıp diyaliz sonrası tekrar evlerine bırakılmaktadırlar. Ereğli, Alaplı ilçe merkezleri ve tüm köyleri, Akçakoca/DÜZCE bölgelerine servis ve hizmet vermektedir. Covid-19 hastalığı sebebiyle gerekli olmadığı takdirde bakım verenlerin servis aracını kullanmaması istenmektedir. Hemşireler her hastaya ve yakınına diyaliz merkezine başvurdıkları anda hastalık, hastalık süreci, ilaç kullanımı, beslenme düzeni ve diyaliz merkezi hakkında eğitimler vermektedir. Yeni gelen hastalar için beslenme düzeni diyetisyen tarafından ayarlanmakta ve hemşireler tarafından takip edilmektedir. Her ay hemşireler tarafından her hastadan rutin kanlar alınmaktadır, sonuçlar hekim ve hemşire tarafından hastaya anlatılarak nelere dikkat etmesi gerektiği ve beslenme düzeni tekrar planlanmaktadır. Bu durum dışında gerekli görüldüğü takdirde tekrar ayrıntılı olarak istenen laboratuvar parametreleri çalışılmaktadır. Bakım verenlere yönelik düzenli eğitim programları olmamakla birlikte bakım veren danıştığı durumlarda sözel bilgilendirmeler ve yönlendirmeler yapılmaktadır. Bilgilendirmeler diyaliz salonunda veya doktor-sorumlu hemşire odasında yapılmaktadır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Kdz. Ereğli Devlet Hastanesi Diyaliz Merkezi hastane binasının giriş katında bulunmaktadır. 14 adet seronegatif hemodiyaliz cihazı, bir adet HCV + hemodiyaliz cihazı, bir adet HBS + hemodiyaliz cihazı, bir adet yedek seronegatif hemodiyaliz cihazı ile toplam 16+1 makine ile Hemodiyaliz tedavisi sunulmaktadır. Merkezde re-use (tekrar kullanım) yapılmamaktadır. Diyaliz merkezinde tedavi hizmetleri için; bir sertifikalı hekim, bir diyaliz sorumlu hemşiresi, beş diyaliz hemşiresi, dört tekniker bulunmaktadır. Merkez haftanın altı günü (Pazar günleri hariç) 08:00-16:00 saatleri arasında hizmet sunmaktadır. Pazar günleri ise olası durumlar için icap nöbeti bulunmaktadır. Başvuran hastalar haftada iki veya üç seans HD tedavisi almaktadır. Diyaliz tedavisi sırasında hastanın mahremiyeti düşünülerek hasta yakınları diyaliz salonlarına kabul edilmemektedir. Her ay hemşireler tarafından her hastadan rutin kanlar alınmaktadır. Diyaliz seanslarına uygun diyetisyen kontrolünde kahvaltı veya ara öğün verilmektedir. Hastalar evlerinden klimalı araçlar ile alınıp diyaliz sonrası tekrar evlerine

bırakılmaktadırlar. Gerekli durumlarda bakım verenler de aynı servis aracını kullanabilmektedir. Hemşireler her hastaya ve yakınına diyaliz merkezine başvurdıkları anda hastalık, hastalık süreci, ilaç kullanımı, beslenme düzeni ve diyaliz merkezi hakkında bilgi vermektedir. Bilgilendirmeler diyaliz salonunda veya bekleme salonunda yapılmaktadır.

2.3. Araştırmanı Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Zonguldak ili Kdz. Ereğli ilçesinde bulunan Başkent Üniversitesi Kdz. Ereğli Diyaliz Merkezi, Özel Ereğli Can Diyaliz Merkezi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Kdz. Ereğli Devlet Hastanesi Diyaliz Merkezi adında üç diyaliz merkezine başvuran hemodiyaliz tedavisi alan hastalara bakım verenler oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamının alınması yolu ile 01/08/2022 - 01/10/2022 tarihleri arasında Zonguldak ili Kdz. Ereğli ilçesinde bulunan Başkent Üniversitesi Kdz. Ereğli Diyaliz Merkezi, Özel Ereğli Can Diyaliz Merkezi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Kdz. Ereğli Devlet Hastanesi Diyaliz Merkezi'ne başvuran ve dahil edilme kriterlerine uyan 93 sayıda bakım veren oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplandığı dönemde Başkent Üniversitesi Kdz. Ereğli Diyaliz Merkezi'nde 92 hasta, Özel Ereğli Can Diyaliz Merkezi'nde 88 hasta, T.C. Sağlık Bakanlığı Kdz. Ereğli Devlet Hastanesi Diyaliz Merkezi'nde 30 hasta olmak üzere üç diyaliz merkezinde toplam 210 hasta ile görüşülerek bakım verenlere ulaşılmaya çalışılmış, bakım verenlerin 80'i diyaliz merkezine gelmediği, 26'sı araştırmaya katılmak istemediği, 6'sı anketi eksik bıraktığı, 5'i dahil edilme kriterlerine uymadığı (Hasta 6 aydan daha kısa süredir HD programında olduğu için 2 kişi, bakım verenin bakım verme süresi 3 aydan daha kısa olduğu için 2 kişi, hastanın zihinsel engeli bulunması sebebiyle 1 kişi dahil edilme kriterlerine uymamıştır) için araştırma dışında bırakılmıştır.

2.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Bakım verilen hastanın en az 6 aydır hemodiyaliz programında olması
- Bakım verilen hastanın iletişim kurmayı engelleyebilecek zihinsel engelinin bulunmaması
- Bakım veren bireyin en az 3 aydır bakım veriyor olması
- Bakım veren bireyin 18 yaşından büyük olması (Bakım veren bireyler, hastaların anne-babası olması durumunda 65 yaş üstü bireylerle karşılaşılma ihtimali de vardır. Bu durumda 65 yaş üstü bakım verenlerin de gereksinim duydukları destek müdahalelerini belirleyebilmek için araştırmaya dahil edilmiştir.)
- Bakım veren bireyde iletişim kurmayı engelleyebilecek zihinsel engelin bulunmaması
- Bakım veren bireyde günlük aktivitelerini önemli ölçüde engelleyen psikiyatrik bir sorunun olmaması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

2.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Bakım verilen hastanın 6 aydan kısa süredir hemodiyaliz programında olması
- Bakım verilen hastanın iletişim kurmayı engelleyebilecek zihinsel engelinin bulunması
- Bakım veren bireyin 3 aydan kısa süredir bakım veriyor olması
- Bakım veren bireyin 18 yaşından küçük olması

- Bakım veren bireyde iletişim kurmayı engelleyebilecek zihinsel engelin bulunması
- Bakım veren bireyde günlük aktivitelerini önemli ölçüde engelleyen psikiyatrik bir sorunun olması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayanlar katılmayacaktır.

2.3.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Katılımcının anketi eksik doldurması

2.4. Araştırma Soruları

1. HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları nasıldır?
2. HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek durumu nasıldır?
3. HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin spiritüel iyi oluş düzeyleri nasıldır?
4. HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği puanları arasında fark var mıdır?
5. HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları arasında fark var mıdır?
6. HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puanları arasında fark var mıdır?

7. HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği puanları, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği puanları arasında ilişki var mıdır?

2.5. Araştırmanın Değişkenleri

2.5.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara bakım veren bireylerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, ekonomik durumu, tanısı konulmuş hastalık varlığı, hastaya yakınlık derecesi, KBY tanılı bireye bakım verme süresi, ailede KBY tanılı bireyin bakımını üstlenebilecek kişi varlığı gibi bakım verene ait değişkenler.

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, ekonomik durumu, KBY tanısını aldıkları süre, hemodiyaliz tedavisi aldıkları süre, KBY dışında tanısı konulmuş hastalık varlığı, ailedeki kişi sayısı gibi hastaya ait değişkenler.

2.5.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara bakım verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden aldıkları puanlar ve hastaya bakım verdiğinden beri fiziksel düzeyde yaşadığı sorunlar bağımlı değişkenleridir.

2.6. Verilerin Toplanması

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulan Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu, Bakım Veren Tanıtıcı Özellikler Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile iki ay sürede (01/08/2022-01/10/2022) toplanmıştır.

2.6.1. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması, araştırma kapsamında uygulanacak veri toplama araçlarının anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini değerlendirmek amacı ile 01/08/2022-04/08/2022 tarihleri arasında araştırmanın yürütüldüğü Zonguldak ili Kdz. Ereğli ilçesinde bulunan Başkent Üniversitesi Kdz. Ereğli Diyaliz Merkezi, Özel Ereğli Can Diyaliz Merkezi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Kdz. Ereğli Devlet Hastanesi Diyaliz Merkezi adında üç diyaliz merkezine başvuran hastaların bakım verenlerinden 10 bakım veren ile yapılmıştır.

Araştırmanın uygulanması öncesi kurum izinleri ve etik kurul izni alınması sonrası diyaliz merkezleri sorumlu kişilerine sözel bilgilendirme yapılarak diyaliz merkezi sorumlu hemşiresi veya insan kaynakları sorumlu kişisi ile iletişim kurulmuş ve merkezlerdeki sağlık ekiplerine araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Diyaliz merkezleri yetkili kişileri ile görüşülerek hastalar aracılığıyla bakım verenlerin iletişim bilgisi alınmış ve bakım verenlerle görüşme randevusu alınmıştır. Bakım veren bireyler diyaliz merkezlerine geldiklerinde hemşire/sorumlu hemşire tarafından araştırmacıya yönlendirilmiştir. Bakım verenlerin birbiri ile etkileşimini önlemek amacıyla diyaliz merkezinde gösterilen bir odada her bir bireyle ayrı olarak görüşme ortamı sağlanmıştır. Bakım verenlere araştırma kapsamı, amacı, kullanılacak form ve ölçekler hakkında bilgi verildikten sonra sözel onam sonrası yazılı onamı alınmıştır. Ölçekler katılımcının kendisi tarafından doldurulmuştur, okuryazar olmayan bakım

verenler için araştırmacı veya bakım verenin yakını tarafından ölçekteki maddeler sesli olarak okunmuş ve katılımcının cevabı forma kaydedilmiştir. Hasta ile ilgili tanıtıcı özellikler formu hasta ile görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Ön uygulama kapsamına alınan katılımcıların verileri, herhangi bir yeniden düzenleme gereklilik göstermediğı için araştırma verilerine dahil edilmiştir.

Veriler gönüllülerin sağıklarının korunabilmesi adına T.C. Sağık Bakanlığı Covid-19 Rehberi güncel önerileri çerçevesinde her bir gönüllü ile diyaliz merkezlerinde belirlenen bir odada birebir görüşme ortamı sağılanarak, maske, sosyal mesafe, hijyen kuralları vb. önlemlere dikkat edilerek toplanmıştır. İki farklı gönüllü aynı anda aynı ortamda bulundurulmayarak ve görüşmeler arasında oda havalandırılarak veriler toplanmıştır. Hastalarla yapılan görüşmeler ise diyaliz salonunda yapılmıştır. Hasta ve bakım vereniyle yapılan toplam görüşme 20-30 dk sürmüştür. Her bir hastanın bakım vereni araştırmaya bir kez dahil edilmiştir.

2.6.2. Araştırmanın Uygulanması

Ön uygulama sonrası veri toplama araçlarında herhangi bir değışiklik olmadığı için verilerin elde edilmesine aynı basamakları içerecek şekilde devam edilmiştir. Üç diyaliz merkezi arasında dönüşümlü olarak veri toplanmıştır. Verilerin toplandığı ilk bir aylık süreçte her hafta bir diyaliz merkezine gidilerek katılımcılarla görüşülmüştür. Haftanın altı günü diyaliz merkezlerine hasta kabulü yapıldığı için ikinci bir aylık süreçte her diyaliz merkezine ikişer gün vakit ayrılmıştır ve bir sonraki hafta günler değıştirilmiştir (örneğin ilk hafta Pazartesi-Salı günleri Başkent Üniversitesi Kdz. Ereğıli Diyaliz Merkezi'nde, Çarşamba-Perşembe günleri Özel Ereğıli Can Diyaliz Merkezi'nde, Cuma-Cumartesi günleri T.C. Sağık Bakanlığı Kdz. Ereğıli Devlet Hastanesi Diyaliz Merkezi'nde veri toplanmıştır, diğerk haftalarda diyaliz merkezi-gün eşleşmesi değıştirilmiştir). Her bir hastanın bakım vereni araştırmaya bir kez dahil edilmiştir.

2.7. Veri Toplama Araçları

2.7.1. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek-4)

Hastaların sosyo-demografik ve sağlığına ilişkin bazı özelliklerini içeren, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan formdur (Akyar ve Akdemir, 2009; Bayrak, 2019; Karaaslan, 2013; Kömürcü, 2020 ve Küçükkoğlu, 2019).

2.7.2. Bakım Veren Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek-5)

Hastaların primer bakım verenlerinin sosyo-demografik ve sağlığına ilişkin bazı özelliklerini içeren; bakım konusunda yardım alabileceği kişileri, hastasına bakım verdiği süre, bakım verdiği süreçte yaşadığı fiziksel sorunları ortaya çıkaracak nitelikte araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan bir formdur (Akyar ve Akdemir, 2009; Bayrak, 2019; Karaaslan, 2013; Kol, 2019; Kömürcü, 2020 ve Küçükkoğlu, 2019).

2.7.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) (Ek-6)

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, kişilerin genel ya da belirgin stres durumları ile baş etmede kullandıkları yolları belirleyebilmek amacıyla Folkman ve Lazarus tarafından 1980 yılında geliştirilmiş 66 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Şahin ve Durak tarafından (1995) yapılmış olup ölçek toplam 30 madde ve 5 ayrı alt gruptan oluşturulmuştur. 1. Kendine Güvenli Yaklaşım (SBÇTÖ-KGY) (8,10,14,16,20,23,26), 2. İyimser Yaklaşım (SBÇTÖ-İY) (2,4,6,12,18), 3. Çaresiz Yaklaşım (SBÇTÖ-ÇY) (3,7,11,19,22,25,27,28), 4. Boyun Eğici Yaklaşım (SBÇTÖ-BEY) (5,13,15,17,21,24) 5. Sosyal Desteğe Başvurma (SBÇTÖ-SDB) (1,9,29,30) alt boyutudur. Alt ölçeklerin Cronbach alfa güvenirlik katsayıları; Kendine Güvenli Yaklaşım için 0,69; İyimser Yaklaşım için 0,63; Sosyal Desteğe Başvurma 0,72;

Çaresiz Yaklaşım 0,67; Boyun Eğici Yaklaşım için 0,68 dir. Bu araştırmada uygulanan güvenirlik analizi sonucunda 30 maddeden oluşan Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin Kendine Güvenli Yaklaşım alt boyutunun yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,857$) olduğu görülmüş iken İyimser Yaklaşım ($\alpha=0,739$), Çaresiz Yaklaşım ($\alpha=0,674$), Boyun Eğici Yaklaşım ($\alpha=0,626$) ve Sosyal Desteğe Başvurma ($\alpha=0,596$) alt boyutlarının ise oldukça güvenilir olduğu görülmüştür (Kalaycı, 2010, s:405). Ölçeğin değerlendirilmesinde, ölçekle ilgili toplam puana gidilememekte, puanlar her bir alt ölçek için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Her maddeye verilen cevaplar 0,1,2,3 şeklinde puanlanarak her bireyin her alt gruptaki puanları tek tek toplanmakta ve o gruptaki madde sayısına bölünmektedir. Böylece her alt grubun ortalama puanı elde edilmektedir. Sosyal Desteğe Başvurma grubundaki 1. ve 9. maddeler ise ters puanlanmaktadır. Her bir alt ölçekten alınan puanın yüksek olması, o ölçeğe ait yaklaşımın daha güçlü kullanıldığını göstermektedir. Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça stresle başa çıkmanın etkili olduğu; çaresiz ve boyun eğici yaklaşım alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını göstermektedir.

2.7.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek-7)

Zimmet ve ark. tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Ölçek üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmekte ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grup vardır. Bunlar; aile (3,4,8,11. maddeler), arkadaşlar (6,7,9,12. maddeler) ve özel bir insandır (1,2,5,10. maddeler). Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Eker ve ark. ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısını 0.89 olarak vermişlerdir. Bu araştırmada uygulanan güvenirlik analizi sonucunda 12 maddeden oluşan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği yüksek derecede güvenilir ($\alpha=0,912$) görülmüş iken aile ($\alpha=0,861$), arkadaş ($\alpha=0,912$) ve özel bir insan ($\alpha=0,896$) alt boyutlarının da yüksek derecede güvenilir olduğu görülmüştür (Kalaycı, 2010,

s:405). Ölçek, yedili likert tipinde olup, “tamamen katılıyorum” (7 puan), “çoğunlukla katılıyorum” (6 puan), “katılıyorum” (5 puan), “kararsızım” (4 puan), “katılmıyorum” (3 puan), “çoğunlukla katılmıyorum” (2 puan) ve “hiç katılmıyorum” (1 puan) seçeneklerinden oluşmaktadır. Her alt boyuttaki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt boyut puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten en düşük 12, en yüksek 84 puan alınabilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

2.7.5. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) (Ek-8)

İnsanın değer ve anlamları doğrultusunda bireysel, toplumsal, çevresel ve trasandantal (aşkın) yönleriyle yaşamlarını anlama ve yaşama sürecini belirlemek amacıyla yetişkinlere yönelik geliştirilen bir ölçektir. Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 29 madde ve üç alt boyuttan oluşan 5’li likert tipinde bir ölçektir. “Aşkınlık” alt boyutu 15 madde, “Doğayla Uyum ve “Anomi” alt boyutları 7’şer maddeden oluşmaktadır (Çizelge 2.1). Maddelerin derecelendirilmesi 1-“ Bana hiç uygun değil”, 2-“Bana uygun değil”, 3-“Bana biraz uygun”, 4-“Bana oldukça uygun”, 5-“Bana tamamen uygun” şeklindedir. “Aşkınlık” alt boyutu, aşkın bir gücün varlığına olan inancı, ilahi bir güce olan bağlılığı, bireyin fiziksel dünyanın aşkın boyutlarını anlama kapasitesini, “Doğayla Uyum” alt boyutu ise, insanın doğa ve çevre ile uyum içinde yaşama algısını ifade etmektedir. “Anomi” alt boyutu ise hayatın boş, manasız ve anlamsız olduğunu ve olumsuzluklardan oluştuğunu, değer yargılarının yitirilmesi ile bireyde gelişen huzursuzluğu ifade etmektedir. Alt boyutların güvenilirlik katsayıları; aşkınlık alt boyutuna ait Cronbach Alfa değeri 0,95, doğayla uyum için 0,86 ve anomi için 0,85 olarak; ölçeğin toplam Cronbach Alfa değeri ise 0,88 olarak hesaplanmıştır (Ekşi ve Kardaş, 2017). Alt boyutların güvenilirlik katsayıları incelendiğinde bu araştırmada; aşkınlık ($\alpha=0,915$), doğa ile uyum ($\alpha=0,815$) ve anomi ($\alpha=0,819$) alt boyutlarının yüksek derecede güvenilir olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte bu araştırmada ölçeğin toplam Cronbach Alfa değeri ise 0,868

olarak hesaplanmıştır (Kalaycı, 2010, s:405). Ölçekten toplam puan alınmak istendiğinde anomi alt boyutundaki maddelerin ters puanlanması gerekmektedir. Ölçeğin her bir alt boyutundan alınan yüksek puan bireyin ilgili alt boyutun değerlendirdiği özelliğe sahip olduğunu belirtmektedir. Ölçekte toplam iyi oluş puanı da hesaplanmaktadır. Ölçek puanlanırken alt boyutların ve toplam puanın ortalaması alınmaktadır. Ölçekten alınan en düşük puan 29, en yüksek puan ise 145'tir. Puanlar arttıkça, spiritüel iyi oluş da artmaktadır.

Çizelge 2.1. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Alt Boyutları

Alt Boyutlar	Maddeler
Aşkınlık	1, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 27,29
Doğa İle Uyum	2, 6, 10, 14, 18, 22, 28
Anomi	3, 7, 11, 15, 19, 23, 26

2.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, araştırma verilerinin analizi IBM SPSS Statistics 26 programı kullanılarak tamamlanmıştır. Verilerin değerlendirmesinde kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ort $\pm$ ss) kullanılmıştır. Araştırmada ölçme aracı olarak kullanılan Stresle Başa Çıkma Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinin güvenilirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Araştırmaya katılan kronik böbrek yetmezliği tanılı hemodiyaliz hastalarına bakım verenlerin stresle başa çıkma puanları, ilgili maddelerin ortalaması alınarak elde edilmiş iken çok boyutlu algılanan sosyal destek ve spiritüel iyi oluş puanları ise ilgili maddelerin toplamı alınarak elde edilmiştir. Buna göre; uygulanacak analizlere karar verebilmek amacıyla öncelikle tüm puanlara normal dağılım varsayımı için Kolmogorow Smirnov Testi uygulanmıştır. Test sonucunda puanların normal dağılım varsayımını sağladığı sonucuna ulaşılmış ve bu nedenle karşılaştırmalarda parametrik testler kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında puan ortalamalarına göre farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla

Bağımsız Örneklem T Testi kullanılmıştır. İki den fazla bağımsız grup arasında puan ortalamalarına göre farklılık olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiş olup farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı ise Tukey Testi ile incelenmiştir. Sayısal iki değişken arasında nedensel olmayan ilişkilerin derecesinin belirlenmesi amacıyla puanlar arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır (Gürbüz ve Şahin, 2018). Korelasyon katsayısının (r) değerlendirilmesinde; $r=0,00-0,29$ değer aralığında ise düşük düzeyde ilişki, $r=0,30-0,69$ değer aralığında ise orta düzeyde ilişki, $r=0,70-1,00$ değer aralığında ise yüksek düzeyde ilişki olarak kabul edilmiştir (Gürbüz ve Şahin, 2018). Bu araştırmada istatistiksel anlamlılık sınırı 0,05 olarak kabul edilmiştir.

2.9. Araştırma ile İlgili İzinler ve Etik Onam

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay (Tarih: 09.05.2022 Sayı: 09/91) alınmıştır (Ek-1).

Araştırmanın kurumsal uygulama izinleri diyaliz merkezlerinin bağlı bulunduğu T.C. Sağlık Bakanlığı Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Tarih: 29.07.2022 Sayı: E-30707382-799) alınmıştır (Ek-2).

Araştırmaya katılacak bireylere araştırma hakkında bilgi verildikten sonra, sadece gönüllü olan bireylere Aydınlatılmış Onam Formu verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-3).

Araştırmada kullanılacak “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)” ve “Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ)” nin izin alınma süreçleri e-mail yoluyla gerçekleştirilmiştir (Ek-9).

2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Zonguldak'taki üç diyaliz merkezinde yapılması araştırmanın sınırlılıklarıdır. Pandemi sürecine bağlı olarak diyaliz merkezlerine bakım verenlerin kabulünün azaltılması sebebiyle veri toplama sürecinde bakım verenlerin tamamına ulaşamamıştır.



3. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular; hemodiyaliz tedavisi alan hastaların ve bu hastalara bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımlarını belirlemek, ölçek puanlarının dağılımlarını ve sosyodemografik özellikler arasında ölçek ve alt boyut puanlarına göre farklılık olup olmadığı incelemek, ölçek puanları arasındaki ilişkilerin korelasyon analizini yapmak amacıyla yedi başlık altında incelenmiştir.

3.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımları

Çizelge 3.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımları

Demografik Özellikler	Kişi Sayısı (n=93)	Yüzde (%)
Yaş Grubu		
44 yaş ve altı	5	5,4
45-64 yaş	40	43,0
65 yaş ve üzeri	48	51,6
	Ort±SS 63,96±11,69	Min-Maks 29-88
Cinsiyet		
Kadın	50	53,8
Erkek	43	46,2
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	25	26,9
Okur-yazar	13	14,0
İlkokul	37	39,8
Ortaokul	8	8,6
Lise	3	3,2
Üniversite	7	7,5
Meslek		
Ev Hanımı	48	51,6
Emekli	42	45,2
Diğer*	3	3,2

Ort=Ortalama; SS=Standart Sapma

*Diğer; çalışmıyor (n=2), şoför (n=1)

Çizelge 3.1. (Devam) Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımları

Demografik Özellikler	Kişi Sayısı (n=93)	Yüzde (%)
Medeni Durum		
Evli	70	75,3
Bekar	6	6,5
Eşi vefat etmiş/Boşanmış	17	18,2
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	85	91,4
Hayır	8	8,6
Evet ise Çocuk Sayısı;		
1-2	27	31,8
3-4	40	47,1
5 ve üzeri	18	21,1
Ekonomik Durum		
Gelir giderden az	29	31,2
Gelir gideri karşılıyor	64	68,8
KBY Tanısı Alma Süresi (yıl)	Ort±SS 6,96±6,88	Medyan (Min-Maks) 5 (1-40)
KBY Dışında Hastalık Olma Durumu		
Evet	77	82,8
Hayır	16	17,2
KBY Dışındaki Hastalıklar (n=77)**		
Diyabetes Mellitus	52	67,5
Hipertansiyon	65	84,4
Kardiyovasküler Hastalıklar	21	27,3
Diğer***	28	36,4
Hemodiyaliz Tedavi Süresi (yıl)	Ort±SS 4,34±4,85	Medyan (Min-Maks) 3 (0,33-22)
Hemodiyaliz Tedavisi Seansı (haftalık)		
2	13	14,0
3	80	86,0
Birlikte Yaşadığı Kişi Sayısı		
1	4	4,3
2	23	24,7
3	25	26,9
4	41	44,1

Ort=Ortalama; SS=Standart Sapma

**Birden fazla işaretleme yapılmıştır. Yüzde hesabı "Evet" diyenler üzerinden hesaplanmıştır.

***Diğer; nörolojik hastalıklar (n=7), görme problemleri (n=6), fiziksel engel (n=3), KOAH (n=3), astım (n=2), benign prostat hiperplazisi (n=2), zatürre (n=1), multiple myelom (n=1), meme kanseri (n=1), polikistik böbrek (n=1), gut hastalığı (n=1)

Çizelge 3.1. (Devam) Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımları

Demografik Özellikler	Kişi Sayısı (n=93)	Yüzde (%)
Ailede Bakıma En Uzun Süre Yardımcı Olan Kişi Sayısı		
1	53	57,0
2	29	31,2
3	6	6,4
3'ten fazla	5	5,4
Ailede Bakıma En Uzun Süre Yardımcı Olan Kişiler**		
Eş	59	63,4
Çocuk	40	43,0
Kardeş	4	4,3
Yakın Akraba	14	15,1
Diğer****	13	14,0

Ort=Ortalama; SS=Standart Sapma

**Birden fazla işaretleme yapılmıştır. Yüzde hesabı "Evet" diyenler üzerinden hesaplanmıştır.

****Diğer; gelin (n=8), anne (n=5), baba (n=3) (Birden fazla yanıt alınmıştır.)

Çizelge 3.1 incelendiğinde, araştırmaya katılan hastaların %51,6'sı 65 yaş ve üzerinde, %53,8'i kadın, %39,8'i ilkokul eğitim seviyesine sahip, %51,6'sı ev hanımı, %75,3'ü evli, %91,4'ü çocuk sahibi, %31,8'inin 1-2 çocuğu bulunmakta, %68,8'inin ise geliri giderini karşılamaktadır. Hastaların KBY tanısı alma süresinin ortalaması 6,96±6,88 yıldır. Hastaların %82,8'inin KBY dışında da bir hastalığı olup KBY dışında hastalığı olanların %67,5'i diyabet hastası, %84,4'ü hipertansiyon hastası, %27,3'ü kardiyovasküler hastalıklara sahip, %36,4'ünün ise diğer hastalıkları vardır. Hastaların hemodiyaliz tedavi sürelerinin ortalaması 4,34±4,85 yıldır. Hastaların %14'ü haftada 2 seans hemodiyaliz tedavisi almakta iken %86'sı 3 seans almaktadır. Hastaların %44,1'i ise 4 kişi ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %57'sine en uzun süre 1 kişi yardımcı olmuş iken %31,2'sine 2 kişi yardımcı olmuştur. Hastaların %63,4'üne eşi, %43'üne çocuğu, %4,3'üne kardeşi, %15,1'ine yakın akrabası, %14'üne diğer kişiler yardımcı olmuştur.

3.2. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımları

Çizelge 3.2. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımları

Demografik Özellikler	Kişi Sayısı (n=93)	Yüzde (%)
Yaş Grubu		
44 yaş ve altı	22	23,7
45-64 yaş	50	53,8
65 yaş ve üzeri	21	22,5
	Ort±SS 51,84±14,69	Medyan (Min-Maks) 54 (19-76)
Cinsiyet		
Kadın	52	55,9
Erkek	41	44,1
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	6	6,5
Okur-yazar	5	5,4
İlkokul	39	41,8
Ortaokul	9	9,7
Lise	25	26,9
Üniversite	8	8,6
Yüksek Lisans	1	1,1
Meslek		
Ev Hanımı	45	48,4
İşçi	8	8,6
Serbest Meslek	7	7,5
Emekli	25	26,9
Diğer*	8	8,6
Medeni Durum		
Evli	72	77,4
Bekar	19	20,4
Eşi vefat etmiş/Boşanmış	2	2,2
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	72	77,4
Hayır	21	22,6
Evet ise Çocuk Sayısı;		
1-2	35	48,6
3-4	23	31,9
5 ve üzeri	14	19,5
Ekonomik Durum		
Gelir giderden az	34	36,6
Gelir gideri karşılıyor	54	58,1
Gelirim giderden fazla	5	5,3

Ort=Ortalama; SS=Standart Sapma

*Diğer; öğrenci (n=3), çalışmıyor (n=2), öğretmen (n=1), hemşire (n=1), bobinaj ustası (n=1)

Çizelge 3.2. (Devam) Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımları

Demografik Özellikler	Kişi Sayısı (n=93)	Yüzde (%)
Tanısı Konmuş Hastalık Varlığı		
Evet	42	45,2
Hayır	51	54,8
Tanısı Konmuş Hastalıklar (n=42)**		
Diyabetes Mellitus	22	52,4
Hipertansiyon	19	45,2
Diğer***	21	50,0
Hastaya Yakınlık Derecesi		
Eş	46	49,5
Çocuk	28	30,1
Kardeş	3	3,2
Anne-baba	3	3,2
Akraba	7	7,5
Gelin	5	5,4
Torun	1	1,1
Bakım Verme Süresi (ay)	Ort±SS 47,74±49,13	Medyan (Min-Maks) 36 (3-264)
Günde Ortalama Bakım Verilen Süre (saat)	Ort±SS 16,71±9,22	Medyan (Min-Maks) 24 (1-24)
Bakım Veren Dışında Bakımı Destekleyebilecek Kişi Olma Durumu		
Evet	44	47,3
Hayır	49	52,7
Destekleyen Kişiler (n=44)**		
Hastanın Eşi	6	13,6
Hastanın Çocuğu	23	52,3
Hastanın Gelini/Damadı	13	29,5
Hastanın Kardeşi/Annesi Babası/Torunu	9	20,5

Ort=Ortalama; SS=Standart Sapma

**Birden fazla işaretleme yapılmıştır. Yüzde hesabı "Evet" diyenler üzerinden hesaplanmıştır.

***Diğer; kardiyovasküler hastalıklar (n=7), astım (n=4), nörolojik hastalıklar (n=3), KOAH (n=2), tiroid hastalıkları (n=2), benign prostat hiperplazisi (n=2), bel fıtığı (n=2), bronşit (n=1), skolyoz (n=1), panik atak (n=1), depresyon (n=1), Gilbert hastalığı (n=1), romatizma (n=1), böbrek kisti (n=1), miyalji (n=1) (Birden fazla yanıt alınmıştır.)

Çizelge 3.2. (Devam) Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımları

Demografik Özellikler	Kişi Sayısı (n=93)	Yüzde (%)
Bakım Vereninin Yaşadığı Fiziksel Sorun/Sorunlar Olma Durumu		
Evet	49	52,7
Hayır	44	47,3
Fiziksel Sorunlar (n=49)**		
Yorgunluk	44	89,8
İştahta Azalma	5	10,2
İştahta Artma	5	10,2
Kilo Kaybı	3	6,1
Kilo Alma	2	4,1
İshal	2	4,1
Kabızlık	7	14,3
Uyku Sürecinde Bozulma	30	61,2
Kişisel Bakımda Değişim	13	26,5
Bel Ağrısı	8	16,3
Diğer****	7	14,3

**Birden fazla işaretleme yapılmıştır. Yüzde hesabı “Evet” diyenler üzerinden hesaplanmıştır.

****Diğer; kol ağrısı (n=1), boyun ağrısı (n=1), tüm vücutta ağrı (n=1), halsizlik (n=1), sinirlilik hali (n=1), ellerde uyuşukluk (n=1), günlük aktiviteleri gerçekleştirmede aksama (n=1)

Çizelge 3.2 incelendiğinde, hemodiyaliz tedavisi alan hastalara bakım verenlerin %53,8’i 45-64 yaş aralığında, %55,9’u kadın, %41,8’i ilköğretim seviyesine sahip, %48,4’ü ev hanımı, %26,9’u emekli, %77,4’ü evli, %77,4’ü çocuk sahibi, %48,6’sının 1-2 çocuğu bulunmakta, %58,1’inin geliri giderini karşılamaktadır. Bakım verenlerin %45,2’sinin tanısı konmuş bir hastalığı olup hastalığı olanların %52,4’ü diyabet hastası, %45,2’si hipertansiyon hastası, %50’sinin ise diğer hastalıkları vardır. Bakım verenlerin bakım verme sürelerinin ortalaması 47,74±49,13 aydır. Bakım verenlerin günde ortalama bakım verme sürelerinin ortalaması 16,71±9,22 saattir. Bakım verenlerin %49,5’i hastanın eşi iken %30,1’i çocuğudur. Bakım verenlerin %47,3’ünün hayatında hastanın bakımını destekleyecek başka kişiler olup bakımı destekleyenlerin %52,3’ü hastanın çocuğu, %29,5’i hastanın gelini/damadıdır. Bakım verenlerin %52,7’sinin fiziksel sorunları olup fiziksel sorunu olanların %89,8’inin yorgunluk, %61,2’sinin uyku sürecinde bozulma, %26,5’inin kişisel bakımda değişim, %16,3’ünün bel ağrısı sorunları vardır.

3.3. Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımları

Çizelge 3.3. Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımları

Puanlar	Ort±SS	Min-Maks
Stresle Başa Çıkma		
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,59±0,50	0-3
İyimser Yaklaşım	2,40±0,58	0-3
Çaresiz Yaklaşım	1,27±0,56	0-3
Boyun Eğici Yaklaşım	1,42±0,60	0-3
Sosyal Desteğe Başvurma	1,98±0,61	0-3
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek	62,58±17,81	22-84
Aile	24,87±5,24	4-28
Arkadaş	19,76±7,96	4-28
Özel Bir İnsan	17,95±8,25	4-28
Spiritüel İyi Oluş	121,27±12,44	66-142
Aşkınılık	28,53±5,77	6-40
Doğa ile Uyum	32,98±3,15	17-35
Anomi	18,60±6,71	7-32

Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Min=Minimum, Maks=Maksimum

Çizelge 3.3 incelendiğinde, bakım verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nde Kendine Güvenli Yaklaşım alt boyut puanının ortalaması 2,59±0,50, İyimser Yaklaşım alt boyut puanının ortalaması 2,40±0,58, Çaresiz Yaklaşım alt boyut puanının ortalaması 1,27±0,56, Boyun Eğici Yaklaşım alt boyut puanının ortalaması 1,42±0,60, Sosyal Desteğe Başvurma alt boyut puanının ortalaması ise 1,98±0,61'tir. Bakım verenlerin ölçekten aldıkları minimum ve maksimum puanlar her bir alt boyutta Min:0, Maks:3'tür.

Bakım verenlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde toplam sosyal destek puanları 62,58±17,81'dir. Bakım verenler en yüksek puanı 24,87±5,24 ile Aile alt boyutundan alırken Arkadaş alt boyut puanının ortalaması 19,76±7,96, Özel Bir İnsan alt boyut puanının ortalaması ise 17,95±8,25'tir. Bakım verenlerin ölçekten aldığı toplam minimum puan 22 olup

maksimum puan ise 84'tür. Toplam puan ortalaması ortalamanın üstünde olduğu için bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Bakım verenlerin Spiritüel İyi Oluş puanının ortalaması 121,27±12,44 iken Aşkınlık alt boyut puanının ortalaması 28,53±5,77, Doğa İle Uyum alt boyut puanının ortalaması 32,98±3,15, Anomi alt boyut puanının ortalaması ise 18,60±6,71'tir. Bakım verenlerin ölçekten aldığı toplam minimum puan 66 olup maksimum puan ise 142'dir. Toplam puan ortalaması ortalamanın üstünde olduğu için bakım verenlerin spiritüel iyi oluş düzeylerinin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.

3.4. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Çizelge 3.4. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Demografik Özellikler (n=93)	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	KGY Ort±SS	İY Ort±SS	ÇY Ort±SS	BEY Ort±SS	SDB Ort±SS
Yaş Grubu					
44 yaş ve altı ¹	2,51±0,38	2,30±0,46	1,04±0,52	1,02±0,57	1,86±0,43
45-64 yaş ²	2,66±0,44	2,44±0,57	1,36±0,57	1,53±0,55	2,08±0,61
65 yaş ve üzeri ³	2,48±0,70	2,40±0,72	1,29±0,53	1,57±0,59	1,89±0,74
F; p	1,239; 0,294	0,436; 0,648	2,659; 0,075	7,432; 0,000*** Fark; 1-2,3	1,235; 0,296
Cinsiyet					
Kadın	2,47±0,59	2,33±0,62	1,27±0,58	1,35±0,57	1,95±0,63
Erkek	2,73±0,31	2,48±0,53	1,27±0,53	1,50±0,64	2,03±0,58
t; p	-2,703; 0,008**	-1,254; 0,213	-0,055; 0,957	-1,207; 0,230	-0,655; 0,514

p<0,01, *p<0,001, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma

t=Bağımsız Örneklem T Testi, F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Fark=Tukey Testi,

p=Anlamlılık Düzeyi

KGY=Kendine Güvenli Yaklaşım, İY=İyimser Yaklaşım, ÇY=Çaresiz Yaklaşım, BEY=Boyun Eğici Yaklaşım, SDB= Sosyal Desteğe Başvurma

Çizelge 3.4. (Devam) Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Demografik Özellikler (n=93)	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	KGY Ort±SS	İY Ort±SS	ÇY Ort±SS	BEY Ort±SS	SDB Ort±SS
Eğitim Durumu					
İlkokul ve altı ¹	2,70±0,44	2,59±0,47	1,44±0,47	1,66±0,48	2,07±0,63
Ortaokul-Lise ²	2,44±0,56	2,14±0,63	1,08±0,61	1,21±0,60	1,92±0,61
Üniversite-YL ³	2,51±0,46	2,31±0,63	1,06±0,57	0,85±0,57	1,75±0,35
F; p	2,898; 0,060	6,828; 0,002** Fark; 1-2,3	5,245; 0,007** Fark; 1-2,3	12,721; 0,000*** Fark; 1-2,3	1,373; 0,259
Meslek					
Ev Hanımı ¹	2,49±0,62	2,40±0,63	1,25±0,61	1,36±0,60	1,98±0,66
Emekli ²	2,78±0,25	2,56±0,48	1,35±0,48	1,73±0,38	2,17±0,59
Diğer ³	2,57±0,38	2,22±0,57	1,22±0,54	1,20±0,68	1,79±0,46
F; p	2,865; 0,062	2,122; 0,126	0,371; 0,691	5,746; 0,004** Fark; 2-1,3	2,372; 0,099
Medeni Durum					
Evli	2,62±0,51	2,48±0,57	1,26±0,56	1,47±0,62	2,04±0,63
Bekar	2,47±0,45	2,12±0,55	1,30±0,57	1,24±0,51	1,79±0,50
t; p	1,213; 0,228	2,519; 0,013*	-0,323; 0,748	1,580; 0,118	1,716; 0,090
Çocuk Sahibi Olma Durumu					
Evet	2,63±0,48	2,50±0,53	1,28±0,57	1,48±0,62	2,04±0,63
Hayır	2,41±0,54	2,04±0,61	1,23±0,53	1,22±0,51	1,79±0,48
t; p	1,799; 0,075	3,394; 0,001**	0,396; 0,693	1,723; 0,088	1,716; 0,090
Çocuk Sayısı					
1-2 ¹	2,60±0,57	2,47±0,59	1,15±0,56	1,35±0,64	2,00±0,70
3-4 ²	2,65±0,40	2,45±0,53	1,25±0,53	1,45±0,62	2,09±0,58
5 ve üzeri ³	2,71±0,37	2,66±0,40	1,65±0,51	1,85±0,41	2,07±0,56
F; p	0,307; 0,737	0,730; 0,486	4,244; 0,018* Fark; 1-3	3,505; 0,035* Fark; 1-3	0,147; 0,864
Ekonomik Durum					
Gelir giderden az	2,52±0,50	2,31±0,59	1,28±0,41	1,33±0,57	1,91±0,54
Gelir gideri karşılıyor/fazla	2,62±0,50	2,45±0,58	1,26±0,63	1,47±0,62	2,03±0,64
t; p	-1,004; 0,318	-1,158; 0,250	0,101; 0,920	-1,046; 0,298	-0,867; 0,388

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma

t=Bağımsız Örneklem T Testi, F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Fark=Tukey Testi,

p=Anlamlılık Düzeyi

KGY=Kendine Güvenli Yaklaşım, İY=İyimser Yaklaşım, ÇY=Çaresiz Yaklaşım, BEY=Boyun Eğici Yaklaşım, SDB= Sosyal Desteğe Başvurma

Çizelge 3.4. (Devam) Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Demografik Özellikler (n=93)	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	KGY Ort±SS	İY Ort±SS	ÇY Ort±SS	BEY Ort±SS	SDB Ort±SS
Tanısı Konmuş Hastalık Varlığı					
Evet	2,66±0,37	2,48±0,55	1,39±0,53	1,58±0,54	2,00±0,65
Hayır	2,52±0,58	2,33±0,60	1,17±0,57	1,29±0,62	1,97±0,58
t; p	1,352; 0,173	1,179; 0,241	1,877; 0,064	2,384; 0,019*	0,231; 0,818
Diyabetes Mellitus					
Evet	2,74±0,29	2,51±0,59	1,38±0,49	1,66±0,60	1,99±0,64
Hayır	2,58±0,43	2,44±0,51	1,39±0,59	1,49±0,47	2,01±0,67
t; p	1,405; 0,170	0,401; 0,690	-0,078; 0,938	1,001; 0,323	-0,118; 0,907
Hipertansiyon					
Evet	2,56±0,39	2,41±0,53	1,41±0,51	1,56±0,53	1,76±0,62
Hayır	2,75±0,34	2,53±0,57	1,37±0,56	1,59±0,56	2,20±0,61
t; p	-1,610; 0,115	-0,697; 0,490	0,230; 0,820	-0,193; 0,848	-2,265; 0,029*
Destekleyen Kişi Olma Durumu					
Var	2,64±0,39	2,45±0,53	1,20±0,53	1,41±0,58	2,07±0,58
Yok	2,54±0,58	2,36±0,63	1,33±0,58	1,43±0,62	1,90±0,63
t; p	0,996; 0,322	0,745; 0,458	-1,195; 0,235	-0,312; 0,832	1,359; 0,177
Hastaya Yakınlık Derecesi					
Eş ¹	2,60±0,58	2,44±0,62	1,38±0,50	1,61±0,55	2,03±0,66
Çocuk ²	2,58±0,41	2,21±0,57	1,23±0,61	1,21±0,62	1,95±0,51
Diğer ³	2,56±0,43	2,57±0,44	1,07±0,56	1,27±0,58	1,93±0,63
F; p	0,039; 0,962	2,389; 0,098	2,137; 0,124	4,954; 0,009** Fark; 1-2,3	0,229; 0,795
Fiziksel Sorun Olma Durumu					
Evet	2,58±0,38	2,44±0,47	1,35±0,53	1,48±0,56	2,06±0,55
Hayır	2,59±0,61	2,35±0,69	1,18±0,58	1,36±0,65	1,90±0,66
t; p	0,044; 0,965	0,664; 0,509	1,529; 0,130	0,960; 0,340	1,213; 0,228

*p<0,05, **p<0,01, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma

t=Bağımsız Örneklem T Testi, F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Fark=Tukey Testi,

p=Anlamlılık Düzeyi

KGY=Kendine Güvenli Yaklaşım, İY=İyimser Yaklaşım, ÇY=Çaresiz Yaklaşım, BEY=Boyun Eğici

Yaklaşım, SDB= Sosyal Desteğe Başvurma

Çizelge 3.4. (Devam) Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Demografik Özellikler (n=93)	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği				
	KGY Ort±SS	İY Ort±SS	ÇY Ort±SS	BEY Ort±SS	SDB Ort±SS
Yorgunluk					
Evet	2,57±0,40	2,45±0,47	1,39±0,54	1,49±0,56	2,06±0,57
Hayır	2,69±0,06	2,32±0,48	1,05±0,29	1,33±0,57	2,00±0,40
t; p	-1,699; 0,097	0,580; 0,565	1,364; 0,179	0,602; 0,550	0,237; 0,813
Uyku Sürecinde Bozulma					
Evet	2,60±0,40	2,49±0,49	1,37±0,51	1,49±0,61	1,98±0,55
Hayır	2,56±0,37	2,36±0,45	1,32±0,57	1,45±0,47	2,18±0,55
t; p	0,392; 0,784	0,929; 0,358	0,311; 0,757	0,286; 0,776	-1,366; 0,200
Kişisel Bakımda Değişim					
Evet	2,49±0,43	2,34±0,50	1,51±0,50	1,56±0,72	2,17±0,51
Hayır	2,62±0,37	2,47±0,46	1,30±0,53	1,44±0,49	2,01±0,57
t; p	-0,969; 0,338	-0,874; 0,387	1,265; 0,212	0,661; 0,512	0,888; 0,379

Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma

t=Bağımsız Örneklem T Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

KGY=Kendine Güvenli Yaklaşım, İY=İyimser Yaklaşım, ÇY=Çaresiz Yaklaşım, BEY=Boyun Eğici Yaklaşım, SDB= Sosyal Desteğe Başvurma

Çizelge 3.4 incelendiğinde, bakım verenlerin yaş grupları arasında stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından sadece “boyun eğici yaklaşım” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; 44 yaş ve altında olan bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım puan ortalaması ise 45-64 yaş aralığında ve 65 yaş ve üstünde olan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.

Bakım verenlerin cinsiyetleri arasında stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından sadece “kendine güvenli yaklaşım” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; kadınların kendine güvenli yaklaşım puan ortalamaları, erkeklerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.

Bakım verenlerin eğitim durumları arasında stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından “iyimser yaklaşım”, “çaresiz yaklaşım” ve “boyun eğici yaklaşım” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; ilkokul ve altı mezunu olan bakım verenlerin iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları, daha yüksek mezuniyetlerde olan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verenlerin meslekleri arasında stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından sadece “boyun eğici yaklaşım” puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; emekli olan bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım puan ortalaması, ev hanımı ve diğer mesleklerde olan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verenlerin medeni durumları arasında stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından “iyimser yaklaşım” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre; evli olan bakım verenlerin iyimser yaklaşım puan ortalamaları, bekâr olan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verenlerin çocuk sahibi olma durumları arasında stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından “iyimser yaklaşım” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; çocuk sahibi olan bakım verenlerin iyimser yaklaşım puan ortalamaları, çocuk sahibi olmayan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verenlerin çocuk sayıları arasında stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından “çaresiz yaklaşım” ve “boyun eğici yaklaşım” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; 1-2 çocuğa sahip olan bakım verenlerin çaresiz yaklaşım ve

boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları, 5 ve üzerinde çocuğa sahip olan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.

Bakım verenlerin ekonomik durumları arasında stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Bakım verenlerin tanısı konmuş hastalığı olma durumları arasında stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından sadece “boyun eğici yaklaşım” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre; tanısı konmuş hastalığı olan bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları, tanısı konmuş hastalığı olmayan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verenlerin diyabet tanısı konma, bakım vermede destekleyen kişi olma ve fiziksel sorunların olma durumları arasında stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin hipertansiyon tanısı olma durumları arasında stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından sadece “sosyal desteğe başvurma” puanının ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; hipertansiyon hastası olan bakım verenlerin sosyal desteğe başvurma puan ortalaması, hipertansiyon hastası olmayan bakım verenlerin puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.

Bakım verenlerin hastaya yakınlık dereceleri arasında stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından sadece “boyun eğici yaklaşım” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre; hastanın eşi olan bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım puan

ortalamları, hastanın çocuğu ve diğer yakınlığı olan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verenlerin yorgunluk, uyku sürecinde bozulma ve kişisel bakımda değişim durumları arasında stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

3.5. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Çizelge 3.5. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Demografik Özellikler (n=93)	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği			
	Toplam Puan Ort±SS	Aile Ort±SS	Arkadaş Ort±SS	Özel Bir İnsan Ort±SS
Yaş Grubu				
44 yaş ve altı ¹	62,32±18,91	23,55±7,10	20,00±7,78	18,77±7,65
45-64 yaş ²	63,12±18,13	25,08±4,92	20,14±8,28	17,90±8,35
65 yaş ve üzeri ³	61,57±16,62	25,76±3,39	18,62±7,66	17,19±8,89
F; p	0,058; 0,944	1,046; 0,355	0,278; 0,758	0,196; 0,822
Cinsiyet				
Kadın	59,33±19,01	24,35±5,52	17,94±8,54	17,04±8,33
Erkek	66,71±15,41	25,54±4,86	22,07±6,56	19,10±8,09
t; p	-2,017; 0,047*	-1,088; 0,280	-2,637; 0,010*	-1,199; 0,234
Eğitim Durumu				
İlkokul ve altı ¹	60,60±17,63	25,12±5,07	18,20±8,50	17,28±8,16
Ortaokul-Lise ²	64,65±18,35	24,53±5,70	21,32±7,37	18,79±8,34
Üniversite-YL ³	65,78±17,38	24,78±4,87	22,56±5,29	18,44±9,00
F; p	0,678; 0,510	0,127; 0,881	2,227; 0,114	0,354; 0,703
Meslek				
Ev Hanımı ¹	59,73±19,08	24,78±5,39	17,58±8,74	17,38±8,33
Emekli ²	63,64±14,87	25,64±4,37	21,32±6,14	16,68±8,62
Diğer ³	67,00±17,87	24,22±5,92	22,35±7,21	20,43±7,46
F; p	1,337; 0,268	0,449; 0,640	3,573; 0,032* Fark; 1-3	1,464; 0,237

* $p<0,05$, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma

t=Bağımsız Örneklem T Testi, F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Fark=Tukey Testi,

p=Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.5. (Devam) Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Demografik Özellikler (n=93)	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği			
	Toplam Puan Ort±SS	Aile Ort±SS	Arkadaş Ort±SS	Özel Bir İnsan Ort±SS
Medeni Durum				
Evli	64,68±16,84	25,64±4,61	20,28±7,99	18,76±7,95
Bekar	55,38±19,55	22,24±6,46	18,00±7,82	15,14±8,83
t; p	2,146; 0,035*	2,252; 0,033*	1,155; 0,251	1,792; 0,076
Çocuk Sahibi Olma Durumu				
Evet	64,75±16,55	25,81±4,38	20,33±7,91	18,61±7,92
Hayır	55,14±20,30	21,67±6,68	17,81±8,02	15,67±9,11
t; p	2,221; 0,029*	2,676; 0,013*	1,282; 0,203	1,448; 0,151
Çocuk Sayısı				
1-2 ¹	62,03±17,75	24,86±5,50	19,77±8,55	17,40±7,90
3-4 ²	68,48±14,47	27,22±2,32	20,91±7,11	20,35±7,90
5 ve üzeri ³	65,43±16,51	25,86±3,23	20,79±7,98	18,79±8,02
F; p	1,071; 0,348	2,082; 0,132	0,169; 0,845	0,965; 0,386
Ekonomik Durum				
Gelir giderden az	56,32±18,64	23,32±6,64	17,26±7,77	15,74±8,80
Gelir gideri karşılıyor/fazla	66,19±16,41	25,76±4,04	21,20±7,77	19,22±7,70
t; p	-2,655; 0,009**	-1,945; 0,058	-2,353; 0,021*	-1,995; 0,049*
Tanısı Konmuş Hastalık Varlığı				
Evet	59,93±16,64	25,24±4,85	17,93±8,04	16,76±8,36
Hayır	64,76±18,60	24,57±5,58	21,27±7,65	18,92±8,10
t; p	-1,308; 0,194	0,611; 0,543	-2,051; 0,043*	-1,261; 0,211
Diyabetes Mellitus				
Evet	58,41±18,18	25,73±4,11	18,32±8,76	14,36±9,13
Hayır	61,60±15,06	24,70±5,61	17,50±7,37	19,40±6,68
t; p	-0,616; 0,541	0,681, 0,500	0,326; 0,746	-2,023; 0,050
Hipertansiyon				
Evet	61,89±16,20	25,68±3,68	18,00±7,85	18,21±8,11
Hayır	58,30±17,18	24,87±5,69	17,87±8,37	15,57±8,54
t; p	0,691; 0,493	0,537; 0,594	0,052; 0,959	1,022; 0,313

*p<0,05, **p<0,01, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma

t=Bağımsız Örneklem T Testi, F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Fark=Tukey Testi,

p=Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.5. (Devam) Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Demografik Özellikler (n=93)	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği			
	Toplam Puan Ort±SS	Aile Ort±SS	Arkadaş Ort±SS	Özel Bir İnsan Ort±SS
Destekleyen Kişi Olma Durumu				
Var	60,73±17,47	24,95±5,27	19,18±7,92	16,59±8,36
Yok	64,24±18,13	24,80±5,27	20,29±8,05	19,16±8,03
t; p	-0,950; 0,344	0,145; 0,885	-0,665; 0,507	-1,513; 0,134
Hastaya Yakınlık Derecesi				
Eş ¹	63,93±16,79	25,80±4,65	19,87±7,80	18,26±8,24
Çocuk ²	61,54±19,14	23,29±6,24	20,61±8,20	17,64±8,43
Diğer ³	60,84±18,90	24,95±4,71	18,26±8,22	17,63±8,39
F; p	0,267; 0,766	2,056; 0,134	0,493; 0,613	0,065; 0,937
Fiziksel Sorun Olma Durumu				
Evet	59,86±18,16	24,31±5,96	18,20±8,62	17,35±7,83
Hayır	65,61±17,11	25,50±4,29	21,50±6,84	18,61±8,73
t; p	-1,568; 0,120	-1,097; 0,275	-2,026; 0,056	-0,738; 0,463
Yorgunluk				
Evet	59,80±17,22	24,70±5,23	17,93±8,68	17,16±7,61
Hayır	60,40±27,72	20,80±10,73	20,60±8,59	19,00±10,39
t; p	-0,048; 0,964	0,803; 0,465	-0,652; 0,518	-0,495; 0,623
Uyku Sürecinde Bozulma				
Evet	60,80±18,18	24,17±6,53	18,73±8,49	17,90±7,47
Hayır	58,37±18,53	24,53±5,08	17,37±9,00	16,47±8,49
t; p	0,453; 0,653	-0,204; 0,839	0,536; 0,595	0,618; 0,540
Kişisel Bakımda Değişim				
Evet	56,00±19,37	22,69±7,17	18,54±8,83	14,77±7,93
Hayır	61,25±17,78	24,89±5,46	18,08±8,67	18,28±7,69
t; p	-0,892; 0,377	-1,143; 0,259	0,161; 0,872	-1,399; 0,168

*p<0,05, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma

t=Bağımsız Örneklem T Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.5 incelendiğinde, bakım verenlerin yaş grupları arasında çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı ve alt boyut puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin cinsiyetleri arasında çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı ve alt boyutlarından sadece “arkadaş” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; kadınların çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı ve arkadaş alt boyutu puan ortalamaları, erkeklerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.

Bakım verenlerin eğitim durumları arasında çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı ve alt boyut puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin meslekleri arasında çok boyutlu algılanan sosyal destek alt boyutlarından sadece “arkadaş” alt boyutu puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; ev hanımı olan bakım verenlerin arkadaş puan ortalaması, diğer mesleklerde olan bakım verenlerin puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.

Bakım verenlerin medeni durumları arasında çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı ve alt boyutlarından sadece “aile” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre; evli olan bakım verenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı ve aile alt boyutu puan ortalamaları, bekâr olan bakım verenlerin puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verenlerin çocuk sahibi olma durumları arasında çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı ve alt boyutlarından sadece “aile” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$).

Buna göre; çocuk sahibi olan bakım verenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı ve aile puan ortalamaları, çocuk sahibi olmayan bakım verenlerin puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verenlerin çocuk sayıları arasında çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı ve alt boyut puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin ekonomik durumları arasında çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı ve alt boyutlarından “arkadaş”, “özel bir insan” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre; geliri giderinden az olan bakım verenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek, arkadaş ve özel bir insan puan ortalamaları, geliri giderini karşılayan ve geliri giderinden fazla olan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.

Bakım verenlerin tanısı konmuş hastalığı olma durumları arasında çok boyutlu algılanan sosyal destek alt boyutlarından sadece “arkadaş” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre; tanısı konmuş hastalığı olan bakım verenlerin arkadaş alt boyutu puan ortalaması tanısı konmuş hastalığı olmayan bakım verenlerin puan ortalamasına göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.

Bakım verenlerin diyabet veya hipertansiyon tanısı konma, bakım vermede destekleyen kişi olma, hastaya yakınlık derecesi ve fiziksel sorunların olma durumları arasında çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı ve alt boyut puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin yorgunluk, uyku sürecinde bozulma ve kişisel bakımda değişim durumları arasında çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı ve alt boyut

puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

3.6. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Çizelge 3.6. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Demografik Özellikler (n=93)	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği			
	Toplam Puan Ort±SS	Aşkınlık Ort±SS	Doğa ile Uyum Ort±SS	Anomi Ort±SS
Yaş Grubu				
44 yaş ve altı ¹	114,91±14,54	25,09±3,48	31,05±4,64	18,50±5,73
45-64 yaş ²	123,82±10,48	29,46±5,23	33,86±1,59	18,46±7,07
65 yaş ve üzeri ³	121,86±12,65	29,90±7,52	32,90±3,28	19,05±7,05
F; p	4,224; 0,018* Fark; 1-2	5,668; 0,005** Fark; 1-2,3	6,878; 0,002** Fark; 1-2	0,059; 0,943
Cinsiyet				
Kadın	121,79±11,66	27,48±5,95	32,79±2,78	19,38±6,77
Erkek	120,61±13,49	29,85±5,33	33,22±3,59	17,61±6,58
t; p	0,452; 0,653	-1,999; 0,049*	-0,653; 0,516	1,271; 0,207
Eğitim Durumu				
İlkokul ve altı ¹	125,50±9,98	31,14±4,82	33,72±2,25	20,06±7,006
Ortaokul-Lise ²	116,88±13,51	25,71±5,54	32,06±3,67	17,06±5,726
Üniversite-YL ³	114,33±13,07	24,67±4,61	32,33±4,50	15,70±7,134
F; p	7,273; 0,001** Fark; 1-2,3	14,465; 0,000*** Fark; 1-2,3	3,161; 0,047* Fark; 1-2	2,689; 0,073
Meslek				
Ev Hanımı ¹	122,62±11,77	27,73±6,32	32,93±2,61	19,53±7,04
Emekli ²	125,52±7,06	31,84±3,92	34,52±1,00	17,44±6,93
Diğer ³	114,00±15,39	26,48±4,95	31,39±4,64	18,04±5,76
F; p	6,300; 0,003** Fark; 3-1,2	6,735; 0,002** Fark; 2-1,3	6,635; 0,002** Fark; 2-3	0,886; 0,416

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma

t=Bağımsız Örneklem T Testi, F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Fark=Tukey Testi,

p=Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.6. (Devam) Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Demografik Özellikler (n=93)	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği			
	Toplam Puan Ort±SS	Aşkınlık Ort±SS	Doğa ile Uyum Ort±SS	Anomi Ort±SS
Medeni Durum				
Evli	122,40±10,94	29,42±5,89	33,38±2,54	18,08±6,71
Bekar	117,38±16,34	25,48±4,19	31,62±4,51	20,38±6,55
t; p	1,642; 0,104	2,857; 0,005**	2,298; 0,024*	-1,388; 0,169
Çocuk Sahibi Olma Durumu				
Evet	122,26±11,27	29,56±5,69	33,35±2,55	18,22±6,78
Hayır	117,86±15,68	25,00±4,63	31,71±4,52	19,90±6,43
t; p	1,436; 0,154	3,354; 0,001**	1,584; 0,126	-1,011; 0,315
Çocuk Sayısı				
1-2 ¹	119,91±11,48	27,69±6,02	33,20±2,47	16,89±5,84
3-4 ²	123,22±11,62	30,22±4,76	33,17±3,13	18,57±7,15
5 ve üzeri ³	126,57±9,14	33,14±4,47	34,00±1,57	21,00±7,89
F; p	1,914; 0,155	5,904; 0,007** Fark; 1-3	0,532; 0,572	1,931; 0,153
Ekonomik Durum				
Gelir giderden az	120,09±12,23	27,53±5,62	32,32±3,47	18,35±6,29
Gelir gideri karşılıyor/fazla	121,95±12,62	29,10±5,83	33,36±2,92	18,75±6,99
t; p	-0,693; 0,490	-1,269; 0,208	-1,532; 0,129	-0,271; 0,787
Tanısı Konmuş Hastalık Varlığı				
Evet	124,17±9,54	30,38±5,28	33,69±2,05	18,90±7,65
Hayır	118,88±14,05	27,00±5,77	32,39±3,75	18,35±5,90
t; p	2,074; 0,041*	2,923; 0,004**	2,118; 0,037*	0,383; 0,703
Diyabetes Mellitus				
Evet	124,41±9,85	31,23±5,46	33,86±1,61	18,09±7,27
Hayır	123,90±9,44	29,45±5,04	33,50±2,48	19,80±8,13
t; p	0,171; 0,865	1,093; 0,281	0,568; 0,573	-0,719; 0,476
Hipertansiyon				
Evet	124,42±10,70	30,58±4,93	33,37±1,80	20,74±7,01
Hayır	123,96±8,71	30,22±5,66	33,96±2,25	17,39±7,97
t; p	0,155; 0,877	0,218; 0,828	-0,922; 0,362	1,429; 0,161

*p<0,05, **p<0,01, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma,
t=Bağımsız Örneklem T Testi, F=Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Fark=Tukey Testi,
p=Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.6. (Devam) Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Puan Ortalamaları Arasındaki Farklılıkların İncelenmesi

Demografik Özellikler (n=93)	Spiritüel İyi Oluş Ölçeği			
	Toplam Puan Ort±SS	Aşkınlık Ort±SS	Doğa ile Uyum Ort±SS	Anomi Ort±SS
Destekleyen Kişi Olma Durumu				
Var	122,57±11,75	28,57±4,99	33,07±3,05	18,84±6,85
Yok	120,10±13,05	28,49±6,45	32,90±3,27	18,39±6,65
t; p	0,954; 0,343	0,065; 0,948	0,259; 0,796	0,324; 0,747
Hastaya Yakınlık Derecesi				
Eş ¹	122,89±10,19	30,30±6,20	33,41±2,58	18,33±6,47
Çocuk ²	120,64±13,28	26,57±4,49	32,71±3,28	19,18±6,91
Diğer ³	118,26±15,82	27,11±5,27	32,32±4,12	18,42±7,28
F; p	0,980; 0,379	4,713; 0,011* Fark; 1-2,3	0,955; 0,389	0,146; 0,864
Fiziksel Sorun Olma Durumu				
Evet	123,31±9,49	28,73±4,71	33,33±2,15	18,92±6,83
Hayır	119,00±14,86	28,30±6,82	32,59±3,97	18,25±6,63
t; p	1,683; 0,096	0,365; 0,716	1,092; 0,279	0,478; 0,634
Yorgunluk				
Evet	123,93±9,78	28,84±4,80	33,25±2,20	19,64±6,64
Hayır	117,80±3,11	27,80±4,15	34,00±1,73	12,60±5,59
t; p	1,382; 0,173	0,465; 0,644	-0,734; 0,467	2,275; 0,028*
Uyku Sürecinde Bozulma				
Evet	124,10±9,55	28,87±5,08	33,60±2,14	19,17±6,92
Hayır	122,05±9,51	28,53±4,18	32,89±2,16	18,53±6,87
t; p	0,732; 0,468	0,244; 0,808	1,119; 0,269	0,317; 0,753
Kişisel Bakımda Değişim				
Evet	127,00±6,45	28,38±5,28	34,00±1,35	20,54±6,44
Hayır	121,97±10,12	28,86±4,56	33,08±2,35	18,33±6,97
t; p	1,668; 0,102	-0,310; 0,758	1,325; 0,191	0,997; 0,324

*p<0,05, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma
t=Bağımsız Örneklem T Testi, p=Anlamlılık Düzeyi

Çizelge 3.6 incelendiğinde, bakım verenlerin yaş grupları arasında spiritüel iyi oluş toplam puanı ve alt boyutlarından “aşkınlık”, “doğa ile uyum” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; 44 yaş ve altında olan bakım verenlerin spiritüel iyi oluş toplam puanı ve alt boyutlarından doğa ile uyum puan ortalamaları, 45-64 yaş aralığında olan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük; 44 yaş ve altında olan bakım verenlerin aşkınlık alt boyutu puan ortalamaları 45-64 yaş ve 65 yaş ve üzerindeki bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.

Bakım verenlerin cinsiyetleri arasında spiritüel iyi oluş alt boyutlarından sadece “aşkınlık” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; kadınların aşkınlık alt boyutu puan ortalamaları, erkeklerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.

Bakım verenlerin eğitim durumları arasında spiritüel iyi oluş toplam puanı ve alt boyutlarından “aşkınlık” ve “doğa ile uyum” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre; ilkökul ve altı mezunu olan bakım verenlerin spiritüel iyi oluş ve aşkınlık puan ortalamaları, daha yüksek mezuniyetlerde olan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek; ilkökul ve altı mezunu olan bakım verenlerin doğa ile uyum puan ortalaması ortaokul-lise eğitim seviyesinde bulunan bakım verenlerin puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verenlerin meslekleri arasında spiritüel iyi oluş toplam puanı ve alt boyutlarından ise “aşkınlık”, “doğa ile uyum” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre; diğer mesleklerde olan bakım verenlerin spiritüel iyi oluş toplam puan ortalamaları, ev hanımı ve emekli olan bakım verenlerin puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük; emekli olan bakım verenlerin aşkınlık puan ortalamaları, ev hanımı ve diğer mesleklerde olan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha

yüksek; emekli olan bakım verenlerin doğa ile uyum puan ortalamaları, diğer mesleklerde olan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verenlerin medeni durumları arasında spiritüel iyi oluş alt boyutlarından “aşkınlık” ve “doğa ile uyum” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; evli olan bakım verenlerin aşkınlık ve doğa ile uyum puan ortalamaları, bekâr olan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verenlerin çocuk sahibi olma durumları arasında spiritüel iyi oluş alt boyutlarından sadece “aşkınlık” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre; çocuk sahibi olan bakım verenlerin aşkınlık puan ortalamaları, çocuk sahibi olmayan bakım verenlerin puan ortalamalarına göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verenlerin çocuk sayıları arasında spiritüel iyi oluş alt boyutlarından sadece “aşkınlık” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; 1-2 çocuğa sahip olan bakım verenlerin aşkınlık puan ortalamaları, 5 ve üzerinde çocuğa sahip olan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.

Bakım verenlerin ekonomik durumları arasında spiritüel iyi oluş puanı ve alt boyut puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin tanısı konmuş hastalığı olma durumları arasında spiritüel iyi oluş toplam puanı ve alt boyutlarından “aşkınlık”, “doğa ile uyum” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre; tanısı konmuş hastalığı olan bakım verenlerin spiritüel iyi oluş, aşkınlık

ve doğa ile uyum puan ortalamaları, tanısı konmuş hastalığı olmayan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verenlerin diyabet veya hipertansiyon tanısı konma, bakım vermede destekleyen kişi olma ve fiziksel sorunların olma durumları arasında spiritüel iyi oluş puanı ve alt boyut puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin hastaya yakınlık dereceleri arasında spiritüel iyi oluş alt boyutlarından sadece “aşkınlık” puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre; hastanın eşi olan bakım verenlerin aşkınlık puan ortalamaları, hastanın çocuğu ve diğer yakınlığı olan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Bakım verenlerin uyku sürecinde bozulma ve kişisel bakımda değişim durumları arasında spiritüel iyi oluş puanı ve alt boyut puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin yorgun olma durumları arasında sadece spiritüel iyi oluş alt boyutlarından “anomi” puanının ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; yorgunluk yaşayan bakım verenlerin anomie puan ortalaması, yorgunluk yaşamayan bakım verenlerin puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

3.7. Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİOÖ) Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çizelge 3.7. Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) Puanları Arasındaki İlişki

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.SBÇTÖ-Kendine Güvenli Yaklaşım	r	1												
	p													
2.SBÇTÖ-İyimser Yaklaşım	r	0,712	1											
	p	0,000***												
3.SBÇTÖ-Çaresiz Yaklaşım	r	0,132	0,035	1										
	p	0,207	0,738											
4.SBÇTÖ-Boyun Eğici Yaklaşım	r	0,422	0,281	0,571	1									
	p	0,000***	0,006**	0,000***										
5.SBÇTÖ-Sosyal Desteğe Başvurma	r	0,478	0,396	0,268	0,406	1								
	p	0,000***	0,000***	0,009**	0,000***									
6.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek (Toplam Puan)	r	0,117	0,090	-0,006	-0,012	0,070	1							
	p	0,266	0,392	0,952	0,907	0,507								
7.Aile	r	0,097	0,196	-0,069	0,016	0,110	0,691	1						
	p	0,353	0,060	0,512	0,882	0,293	0,000***							
8.Arkadaş	r	0,110	-0,023	0,067	-0,026	0,022	0,869	0,425	1					
	p	0,294	0,826	0,523	0,808	0,837	0,000***	0,000***						
9.Özel Bir İnsan	r	0,084	0,092	-0,035	-0,012	0,059	0,881	0,447	0,641	1				
	p	0,426	0,381	0,742	0,910	0,571	0,000***	0,000***	0,000***					
10.Spiritüel İyi Oluş (Toplam Puan)	r	0,388	0,314	0,381	0,503	0,429	-0,113	-0,009	-0,131	-	1			
	p	0,000***	0,002**	0,000***	0,000***	0,000***	0,281	0,935	0,210	0,112				
11.Aşkınlık	r	0,697	0,601	0,498	0,780	0,403	0,154	0,171	0,102	0,125	0,504	1		
	p	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,140	0,101	0,328	0,231	0,000***			
12.Doğa ile Uyum	r	0,507	0,386	0,075	0,362	0,261	-0,007	0,080	-0,003	-	0,719	0,445	1	
	p	0,000***	0,000***	0,474	0,000**	0,012*	0,949	0,446	0,979	0,063	0,000***	0,000***		
13.Anomi	r	-0,137	-0,062	0,474	0,251	0,219	-0,153	-0,115	-0,192	-	0,553	0,126	-	1
	p	0,189	0,555	0,000***	0,015*	0,035*	0,142	0,270	0,065	0,072	0,000***	0,229	0,039	

r= Pearson Korelasyon Katsayısı, p= Anlamlılık Düzeyi, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Ölçek ve alt boyut puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları Çizelge 3.7’de yer almaktadır. Buna göre ölçek puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; stresle başa çıkma tarzları alt boyut puanları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı arasında anlamlı doğrusal ilişkiler görülmemiş ($p>0,05$) iken kendine güvenli yaklaşım ile spiritüel iyi oluş toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu ($r=0,388$; $p<0,001$), iyimser yaklaşım ile spiritüel iyi oluş toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu ($r=0,314$; $p<0,01$), çaresiz yaklaşım ile spiritüel iyi oluş toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu ($r=0,381$; $p<0,01$), boyun eğici yaklaşım ile spiritüel iyi oluş toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu ($r=0,503$; $p<0,001$), sosyal desteğe başvurma ile spiritüel iyi oluş toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu ($r=0,429$; $p<0,001$) görülmüş, çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı ile spiritüel iyi oluş toplam puanı arasında ise anlamlı doğrusal bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$).

Alt boyut puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; stresle başa çıkma tarzları alt boyut puanları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek alt boyut puanları arasında anlamlı doğrusal ilişkiler görülmemiş ($p>0,05$) iken

Kendine güvenli yaklaşım puanı ile aşkınlık puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu ($r=0,697$; $p<0,001$), iyimser yaklaşım ile aşkınlık puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu ($r=0,601$; $p<0,001$), çaresiz yaklaşım ile aşkınlık puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu ($r=0,498$; $p<0,001$), boyun eğici yaklaşım ile aşkınlık puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu ($r=0,780$; $p<0,001$), sosyal desteğe başvurma ile aşkınlık puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu ($r=0,403$; $p<0,001$) görülmüş,

Kendine güvenli yaklaşım puanı ile doğa ile uyum puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu ($r=0,507$; $p<0,001$), iyimser yaklaşım ile doğa ile uyum puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu ($r=0,386$; $p<0,001$) görülmüş, çaresiz yaklaşım ile doğa ile uyum puanı arasında anlamlı doğrusal bir ilişki görülmemiş ($p>0,05$), boyun eğici yaklaşım ile doğa ile uyum puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu ($r=0,362$; $p<0,01$), sosyal desteğe başvurma ile doğa ile uyum puanı arasında ise düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu ($r=0,261$; $p<0,05$) görülmüş,

Kendine güvenli yaklaşım puanı ile anomi puanı arasında anlamlı doğrusal bir ilişki görülmemiş ($p>0,05$) iken iyimser yaklaşım ile anomi puanı arasında da anlamlı doğrusal bir ilişki görülmemiş ($p>0,05$), çaresiz yaklaşım ile anomi puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu ($r=0,474$; $p<0,001$), boyun eğici yaklaşım ile anomi puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu ($r=0,251$; $p<0,05$), sosyal desteğe başvurma ile anomi puanı arasında da düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu ($r=0,219$; $p<0,05$) görülmüş,

Çok boyutlu algılanan sosyal destek alt boyut puanları ile spiritüel iyi oluş alt boyut puanları arasında ise anlamlı doğrusal ilişkiler görülmemiştir ($p>0,05$).

4. TARTIŞMA

Bu bölümde hemodiyaliz tedavisi alan hastalara bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları, algılanan sosyal destek ve spiritüel iyi oluşları bakımından gereksinim duydukları destek müdahalelerinin belirlenmesi ve bu değişkenler arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulguların tartışması yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri değerlendirildiğinde, hastaların yaş ortalaması $63,96 \pm 11,69$ olup, yarıdan fazlası kadındır (%53,8) (Çizelge 3.1). CREDIT çalışması Türkiye’de kadınlardaki KBH prevalansının erkeklere göre daha yüksek olduğunu göstermiş olup Hill ve arkadaşlarının (2016) meta-analiz çalışmasında da dünya genelinde KBH sıklığı kadınlarda %14,6, erkeklerde ise %12,8 olarak belirtilmiştir. Jafari ve arkadaşlarının (2018) araştırmasında da HD hastalarının yaş ortalaması $58,6 \pm 15,02$ bulunmuştur. Hastaların büyük çoğunluğu evli (%75,3) ve çocuk sahibi (%91,4) olup, ev hanımı veya emekli olduğu için çalışmamaktadır ve yarısından fazlasının (%68,8) gelirinin giderini karşıladığı belirlenmiştir (Çizelge 3.1). Çizelge 3.1’deki bu sonuçlar, HD ile ilişkili literatür bilgileriyle benzerlik göstermektedir (Bayrak, 2019; Gülpak ve Kocaöz, 2014 ve Kurbun ve Akten, 2018). Araştırmamızda hastaların KBY tanısı alma süresinin ortalama $6,96 \pm 6,88$ yıl olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1). Gülpak ve Kocaöz (2014)’ün yapmış oldukları araştırmada HD tedavisi alan bireylerin ortalama hastalık süresinin $6,69 \pm 4,71$ yıl olduğu tespit edilmiş olup, bu araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir. Hastaların büyük çoğunluğu (%82,8) KBY dışında ek hastalıklara sahip olup, en sık görülen hastalıklar diyabet (%67,5) ve hipertansiyon (%84,4) olarak saptanmıştır (Çizelge 3.1). Literatürde hipertansiyon, diyabet, dislipidemi, obezite gibi komorbid durumu olanlarda kronik böbrek hastalığının, olmayanlara göre daha sık olduğu belirtilmiştir (Süleymanlar ve ark., 2011). TND Böbrek Kayıt Sistemi 2016 yılı verilerine göre SDBY bulunan hastaların %63’ünde etiyolojik neden hipertansiyon veya diyabettir (Süleymanlar ve ark., 2016). 2021 yılı sonu itibarıyla prevalan merkez HD hastalarının SDBH etiyolojisine göre dağılımına

bakıldığında diyabetes mellitus oranı %35,66 iken hipertansiyon oranı %30,64 olarak açıklanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2022). T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği 2022 Ortak Raporu'na göre; merkez hemodiyaliz hastalarında hipertansiyon oranı %56 bulunmuştur. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2021 Kayıt Raporu'na göre; diyaliz ile tedavi edilen prevalan hastalarda diyabet oranı %34,2 olarak bulunmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2022). Yapılan bir araştırmada HD hastalarının %86,2'sinin başka kronik hastalıklarının bulunduğu, ek hastalığı olanların %44,4'ünün kardiyovasküler hastalıklar ve %33,7'sinin diyabet hastası olduğu saptanmıştır (Jafari ve ark., 2018). Hastaların ortalama hemodiyaliz tedavi süresi $4,34 \pm 4,85$ yıl olup büyük çoğunluğunun (%86) haftada 3 kez hemodiyaliz tedavisi aldığı saptanmıştır (Çizelge 3.1). T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği 2022 Ortak Raporu'na göre; hastaların yaklaşık %88'ine haftada 3 kez veya daha fazla HD tedavisi uygulanmaktadır. Jafari ve arkadaşlarının (2018) araştırmasında HD uygulanma süresi $4,12 \pm 3,74$ yıl olarak saptanmıştır. Yapılan başka bir araştırmada hastalara HD uygulanma süresinin $4,85 \pm 3,58$ yıl olduğu tespit edilmiş olup, bu araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlar, HD ile ilişkili literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir (Gülpak ve Kocaöz, 2014 ve T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2020). Hastaların yaklaşık yarısının (%44,1) evde birlikte yaşadığı kişi sayısı 4 olup, yarıdan fazlası (%57) ailede bakıma en uzun süre yardımcı olan kişi sayısını 1 kişi olarak belirtmiştir ve bakıma en uzun süre yardımcı olan kişilerin en çok eş (%63,4) ve çocuk (%43) olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1). Yapılan araştırmalarda da hemodiyaliz uygulanan bireylere bakım verenlerin büyük çoğunluğunu eşler oluşturmakta olup, bu araştırma bulgularını desteklemektedir (Hacımusalar, 2005 ve İlaslan, 2009).

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri değerlendirildiğinde, bakım verenlerin yaş ortalaması $51,84 \pm 14,69$ olup, yarıdan fazlası kadındır (%55,9), çoğunluğu ilkökul (%41,8) eğitim düzeyine sahiptir (Çizelge 3.2). Bakım verenlerin büyük çoğunluğu evli (%77,4) ve çocuk sahibi (%77,4) olup, ev hanımı veya emekli olduğu için çalışmamaktadır ve yarısından fazlasının (%58,1) gelirinin giderini karşıladığı belirlenmiştir (Çizelge 3.2). Bakım

verenlerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bu sonuçlar, literatürde bakım verenlerle yapılan araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir (Bayrak, 2019; Belasco ve Sesso, 2002; Gülpak ve Kocaöz, 2014; Hacımusalar, 2005 ve Jafari ve ark., 2018). Bakım verenlerin %45,2'sinin tanısı konmuş hastalık varlığı olup, bu hastalıkların %52,4'ü diyabetes mellitus, %45,2'si hipertansiyon ve %50'si çoğunluğunu kardiyovasküler hastalıklar oluşturmak üzere diğer hastalıklardır (Çizelge 3.2). Hasta bireylerde olduğu gibi bakım verenler de kronik hastalıklara sahiptir. Türkiye Sağlık Araştırması (2019) kapsamında 15 yaş ve üzerinde 17 084 kişinin dahil edildiği bir araştırmada bireylerin son 12 ay içerisinde yaşadığı başlıca hastalık/ sağlık sorunlarının dağılımına bakıldığında popülasyonun %16,84'ünde hipertansiyon, %10,2'sinde diyabet sorunu olduğu bulunmuştur (Türkiye İstatistik Kurumu, 2019). Kronik hastalıklarda bakım verme sorumluluğunu çoğunlukla hasta bireyin eşi almaktadır. Bu araştırmada da bakım veren bireylerin %49,5'ini hastaların eşleri, %30,1'ini hastaların çocukları oluşturmaktadır ve bakım verenlerin bakım verme süresi ortalama $47,74 \pm 49,13$ ay olup, günde ortalama bakım verilen süre $16,71 \pm 9,22$ saat olarak saptanmıştır (Çizelge 3.2). HD hastalarına bakım verenlerle yapılmış bir araştırmada (Shukri ve ark., 2020) ortalama bakım verme süresi $2,92 \pm 2,00$ yıl olarak bulunurken, başka bir araştırmada (Belasco ve Sesso, 2002) haftalık ortalama bakım verme saati 56 saat olarak bulunmuştur. Bakım verenlerin %52,7'sinin hayatında kendisi dışında hastanın bakımını destekleyebilecek birisi yok iken %47,3'ünün vardır. Bakımı destekleyebilecek olan kişilerin yarıdan fazlasının (%52,3) hastanın çocuğu ve %29,5'inin hastanın gelini/damadı olduğu belirtilmiştir (Çizelge 3.2). Bakım verenlerle yapılan benzer araştırmalarda bakım verme sorumluluğunu üstlenenlerin çoğu hastanın eşi olup, araştırmadan elde ettiğimiz bulguyla benzerlik göstermektedir (Bayrak, 2019; Gülpak ve Kocaöz, 2014; Hacımusalar, 2005; İlaslan, 2009 ve Shukri ve ark., 2020).

Bakım verenlerin yarısından fazlası (%52,7) fiziksel sorun yaşadığını belirtmiş olup, fiziksel sorunu olanların tamamına yakınının (%89,8) yorgunluk, yarısından fazlasının (%61,2) uyku sürecinde bozulma, %26,5'inin kişisel bakımda değişim ve %16,3'ünün bel ağrısı yaşadığı saptanmıştır (Çizelge 3.2). Literatürde yapılan bir araştırmada, HD uygulanan hastanın bakım sorumluluğunu üstlenen

bireylerin %62,6'sının fiziksel sağlığının olumsuz etkilendiği, %58,5'inin ise yorgunluk ve halsizlik sorununun olduğu belirtilmiştir (Hacımusalar, 2005). Bir başka araştırmada, HD hastasına bakım verenlerin %40'ı bakım verme sürecinde yeni bir sağlık problemi geliştiğini, %57,6'sı evde bakım sırasında fiziksel güçlük yaşadığını ifade etmiştir (Bayrak, 2019). Çizelge 3.2'de gösterilen bu araştırma bulgularının literatür ile benzer olduğu görölmektedir. Bu sonuçlar, bakım veren bireylerin bakım verme sürecinde kendine yeteri kadar zaman ayıramaması, dinlenememesi ve yaşadığı strese bağlı olarak yorgunluk yaşamasına ve sağlık problemlerinin artmasına neden olduğunu göstermektedir.

Bakım verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde; en yüksek puan ortalaması "Kendine Güvenli Yaklaşım" $2,59 \pm 0,50$ ve "İyimser Yaklaşım" $2,40 \pm 0,58$ olduğu görölmüştür (Çizelge 3.3). Stresle başa çıkabilmek için kullanılan yöntemlerden kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımın ilk sıralarda yer alması bakım verenlerin etkili bir başa çıkma yöntemi kullandığını göstermektedir. Stresle etkili başa çıkamayan kişilerin ise stresli olay ve durum karşısında daha çok "çaresiz yaklaşım tarzı" ve "boyun eğici yaklaşım tarzı"nı kullandığı belirtilmektedir (şahin ve Durak, 1995).

Araştırmaya katılan bakım verenlerin yaşı ile stresle başa çıkma tarzları incelendiğinde; 44 yaş ve altında olan bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım puan ortalamasının ise diğer yaş gruplarındaki bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha düşük ($1,02 \pm 0,57$) olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.4). Sabancıoğulları ve Pınar'ın (2020) kronik psikiyatri hastalarının bakım vericileri ile yaptığı araştırmasında 41 ve üzeri yaş grubunda olan bakım vericilerin çaresiz ve boyun eğici yaklaşımları, 18-40 yaş arasında olanların ise sosyal destek arama yaklaşımları daha yüksek bulunmuştur. Kaya'nın (2019) hastasına evde bakım verenlerle yapmış olduğu araştırmasında 18-32 yaş aralığındaki bakım verenlerde kendine güvenli yaklaşım tarzının, 40 yaş ve üstü bakım verenlerde ise çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzının yüksek olduğu saptanmıştır. Genç yaş grubunda olan bakım verenler stresle başa çıkmada etkili yaklaşımları

kullanırken, yaşı ilerlemesi ile çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım gibi stresle başa çıkmada etkisiz yaklaşımlar kullanılmaktadır.

Bakım verenlerin cinsiyeti ile stresle başa çıkma tarzları alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarından sadece kendine güvenli yaklaşım düzeylerinin erkeklere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 3.4). Erkuran ve Altay'ın (2020) bizim araştırmamızdan farklı bir popülasyon olan alzheimerli hastaya bakım verenler ile yaptığı araştırmasında erkek bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyutunu daha çok kullandıkları, kadın bakım verenlerin ise çaresiz yaklaşım alt boyutunu kullandıkları belirlenmiştir. Kronik böbrek yetmezliği olan çocukların ebeveynleri ile yapılan araştırmada da stres karşısında annelerin çaresiz yaklaşım tarzını babalardan daha çok kullandığı saptanmıştır (Evgin ve Erdem, 2017). Kaya'nın (2019) evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastalara evde bakım verenlerle yapmış olduğu araştırmasında kadınlarda çaresiz yaklaşım tarzı, erkeklerde ise iyimser yaklaşım tarzı daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamız bu yönüyle literatürdeki araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Aygüler ve Ayalp'in (2018) ifade ettiğine göre toplumumuzun kadın ve erkek bireye yüklediği sorumluluklara bağlı olarak kadının çoğunlukla ev işleri, çocuk ve hasta bakımının sorumluluğunu alması, erkeklerin ise evin finansal ihtiyaçlarını yönetip karşılaması beklenmektedir (Aygüler ve Ayalp, 2018). Bu sebeple bakım vermenin stresli etkileri karşısında kadınlar durumu yönetmede çaresiz yaklaşım tarzı gibi daha etkisiz yöntemleri kullanmaktadır. Kömürcü'nün (2020) diyaliz hastaları ve bakım verenleri ile yapmış olduğu araştırmasında ise bakım verenlerde SBÇTÖ ile cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin eğitim durumları ile stresle başa çıkma tarzları alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; ilkökul ve altı mezunu olan bakım verenlerin iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları, daha yüksek mezuniyetlerde olan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.4). Literatürde farklı örneklem

grupları ile olmakla birlikte araştırmamızı destekler nitelikte araştırmalar bulunmaktadır. Sabancıoğulları ve Pınar'ın (2020) kronik psikiyatri hastalarının bakım vericileri ile yaptığı araştırmasında eğitim düzeyi okuryazar olan bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarından çaresiz yaklaşım tarzı daha yüksek bulunmuştur. Erkuran ve Altay'ın (2020) alzheimerlı hastaya bakım verenler ile yaptığı araştırmasında eğitim durumu okuryazar seviyesinde olan bireylerin çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, sosyal destek arayan yaklaşım alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulunurken; üniversite mezunlarının kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Kaya'nın (2019) hastasına evde bakım verenlerle yapmış olduğu araştırmasında da okuryazar olmayan bakım verenlerde çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzı daha yüksek bulunmuştur. Kömürcü'nün (2020) diyaliz hastaları ve bakım verenleri ile yapmış olduğu araştırmasında üniversite mezunu bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım puanları; okuryazar olmayan bakım verenlerin ise boyun eğici yaklaşım puanları daha yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu yaşanan stresli durumlarla baş etmede ve kaliteli bakım sunmada etkili faktörlerden biridir. Eğitim düzeyi arttıkça bakım veren bireylerin problem çözme yeteneği ve hastalığa olan uyumu artmaktadır (Ayyıldız ve ark., 2012).

Bakım verenlerin meslekleri ile stresle başa çıkma tarzları alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; emekli olan bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım puan ortalamasının, ev hanımı ve diğer mesleklerde olan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu, diğer alt boyutlarda farklılık olmadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.4). Kaya'nın (2019) hastasına evde bakım verenlerle yapmış olduğu araştırmasında emekli olan bakım verenlerde iyimser yaklaşım tarzı, diğer (pazarcı vs.) meslek grubunda çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzı yüksek bulunmuş olup, kendine güvenli yaklaşım tarzı en yüksek memur grubunda bulunmuştur. Araştırmamızda elde edilen sonucun araştırmaya katılanların yaşadığı bölgeye ve meslekleri dolayısıyla elde etmiş oldukları maddi kazançlara göre farklılık oluşturduğu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin medeni durumları ile stresle başa çıkma tarzları alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; evli olan bakım verenlerin iyimser yaklaşım puan ortalamalarının, bekar olan bakım verenlerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.4). Kömürcü'nün (2020) diyaliz hastaları ve bakım verenleri ile yapmış olduğu araştırmasında eşi vefat etmiş/boşanmış bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım tarzı puanlarının bekarlara göre; bekar bakım verenlerin sosyal desteğe başvurma yaklaşım tarzı puanlarının eşi vefat etmiş/boşanmış bakım verenlere göre yüksek olduğu belirtilmiştir. Özdemir'in (2017) meme kanseri tanısı almış hastalarla yaptığı çalışmada medeni durum ile stresle başa çıkma tarzları arasında fark bulunmamıştır. Bu durumun hedef grupların farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bakım verenlerin çocuk sahibi olma durumları arasında stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; çocuk sahibi olan bakım verenlerin iyimser yaklaşım puan ortalamalarının, çocuk sahibi olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.4). Çocuk sayılarına göre olan ilişki incelendiğinde ise; 5 ve üzerinde çocuğa sahip olan bakım verenlerin çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının, 1-2 çocuğa sahip olan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.4). Kömürcü'nün (2020) diyaliz hastaları ve bakım verenleri ile yapmış olduğu araştırmasında çocuk sahibi olmanın bakım verenlerin ölçek puanları üzerinde etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Kaya'nın (2019) hastasına evde bakım verenlerle yapmış olduğu araştırmasında da çocuk sayısına göre stresle başa çıkma tarzları alt boyutları arasında farklılık bulunmamıştır. Gürbüz'ün (2009) kronik böbrek yetmezliği olan çocukların ebeveynleri ile yaptığı çalışmada ise araştırmamızı destekler nitelikte 5 ve daha fazla çocuğa sahip olan bakım verenlerde boyun eğici yaklaşım tarzı daha yüksek bulunmuştur. Çocuk sahibi olmanın bakım verme sürecinde destek olması bakımından stresle baş etmede olumlu katkısının olduğu düşünülürken, çocuk sayısı arttıkça bakım verenlerin stresle baş etmede olumsuz yöntemleri kullanmasının sebebi çocukların bakımının getirdiği sorumluluklar ve ekonomik sıkıntılar olarak düşünülmektedir.

Bakım verenlerin ekonomik durumları arasında stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut puanlarının ortalamalarına göre istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.4). Özdemir'in (2017) meme kanseri hastası olanlarla yaptığı araştırmada da ekonomik durum ile stresle başa çıkma tarzları arasında fark bulunmamıştır. Ancak literatürde ekonomik durumun stresle başa çıkmayı etkilediğini gösteren araştırmalar da mevcuttur. Kaya'nın (2019) hastasına evde bakım verenlerle yapmış olduğu araştırmasında geliri giderinden fazla olan bakım verenlerde kendine güvenli yaklaşım tarzı ve iyimser yaklaşım tarzı daha yüksek bulunurken, geliri giderinden az olanlarda ise çaresiz yaklaşım tarzı ve boyun eğici yaklaşım tarzı puanı daha yüksek bulunmuştur. Gün'ün (2017) inmeli hastalara bakım verenlerle yaptığı araştırmasında geliri giderinden az olan bakım vericilerde boyun eğici yaklaşım tarzı daha yüksek bulunmuştur. Kömürcü'nün (2020) diyaliz hastaları ve bakım verenleri ile yapmış olduğu araştırmasında geliri giderinden az ve geliri giderini karşılayan bakım verenlerin stresle başa çıkmada çaresiz ve boyun eğici yaklaşım düzeyleri geliri giderinden fazla olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılıklara örneklem gruplarındaki bireylerin yaşadığı yerlerin farklı olması ve farklı sosyokültürel özelliklere sahip olmasının sebep olduğu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin tanısı konmuş hastalığı olma durumları ile stresle başa çıkma tarzları alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; tanısı konmuş hastalığı olan bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları, tanısı konmuş hastalığı olmayan bakım verenlerin puan ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bakım verenlerin diyabet tanısı konma ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Hipertansiyon hastası olan bakım verenlerin ise sosyal desteğe başvurma yaklaşım düzeyleri, hipertansiyon hastası olmayan bakım verenlere göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (Çizelge 3.4). Özdemir'in (2017) araştırmamızın popülasyonundan farklı bir popülasyon olarak meme kanseri hastası olanlarla yaptığı araştırmada başka kronik hastalığın varlığı ve ailede kanser hastalığının varlığı ile stresle başa çıkma tarzları arasında fark bulunmamıştır. Bu farklılığın bireylerin

sağlık ihtiyaçlarının duruma bağlı olarak değişmesinden ve hastalığa bakış açısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bakım verenlerin hastaya yakınlık dereceleri ile stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastanın eşi olan bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım düzeylerinin, hastanın çocuğu ve diğer yakınlığı olan bakım verenlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.4). Literatürde bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesi ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki ile ilgili farklı sonuçlar belirten araştırmalar bulunmaktadır. Kaya'nın (2019) hastasına evde bakım verenlerle yapmış olduğu araştırmasında 1. derece yakınına bakım verenlerde iyimser yaklaşım tarzı puanı yüksek bulunurken, akraba/diğer yakınına bakım verenlerde çaresiz yaklaşım tarzı puanı daha yüksek bulunmuştur. Gün'ün (2017) inmeli hastalara bakım verenler ile yaptığı araştırmasında ve Tuğrul'un (2015) depresyon hastalarına bakım verenler üzerine yaptığı araştırmasında bakım verilen kişiye yakınlık derecesinin stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut puanlarını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Erkuran'ın (2015) alzheimerli hastaya bakım veren kişilerle yapmış olduğu araştırmada eşine bakım veren bireylerde boyun eğici yaklaşım tarzı daha yüksek bulunmuş olup araştırmamızı destekler niteliktedir. Hasta ve bakım veren arasında duygusal bağın daha güçlü olması, hayatını ve sorumluluklarını paylaştığı kişi olmasından ötürü hastanın eşi olan bakım verenlerde stresli durum karşısında boyun eğici yaklaşım tarzını kullandığı düşünülmektedir.

Hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesinde, bakım verenin sosyal destek sistemi ve sosyal desteği algılayışı önemlidir. Algılanan sosyal destek, stresin olumsuz etkilerini azaltarak, kişinin ait olma gereksinimini karşılamakta ve kimlik duygularının korunarak güçlendirilmesine katkı sağlamaktadır. Sosyal destek yetersiz olduğunda bireylerin ruhsal, sosyal ve fiziksel durumunu olumsuz etkileyebilmektedir (Karaaslan, 2013).

Bakım verenlerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)'nden aldıkları puan ortalaması $62,58 \pm 17,81$ 'dir (Çizelge 3.3). Toplam puan

ortalaması ortalamanın üstünde olduğu için bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeylerinin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde bakım verenlerin aileden aldığı desteği ($24,87 \pm 5,24$), arkadaş ($19,76 \pm 7,96$) ve özel bir insan ($17,95 \pm 8,25$) desteğinden daha fazla algıladığı belirlenmiştir (Çizelge 3.3). Bu durumun hastalık sürecinde ailede bulunan eş, çocuk ve diğer aile bireylerinin birbirlerine vermiş olduğu destekten kaynaklandığı düşünülmektedir. Chiou ve arkadaşlarının (2009) bakım verme ve sosyal desteğin bakım verenler üzerinde etkisini inceleyen araştırmasında bakım verenlerin algıladığı sosyal destek düzeyi yüksek olarak bulunmuştur. Bakım verenlerdeki bakım yükü ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada algılanan sosyal destek arttıkça bakım yükünün azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Kahriman ve Zaybak, 2015).

Literatürde hemodiyaliz tedavisi alan hastalara bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyi ve alt boyutlarıyla ilgili yeterli çalışmaya ulaşılamamıştır. Yapılan araştırmalar çoğunlukla bakım verenlerin sosyal destek düzeyinin toplam puan üzerinden değerlendirilerek sosyodemografik özellikleri ile ilişkisinin olup olmadığını belirlemeye yönelik araştırmalardır (Karaaslan, 2013; Kaya, 2019; Kılıç, 2018 ve Kömürcü, 2020).

Araştırmamızda bakım verenlerin yaş grupları ile ÇBASDÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$) (Çizelge 3.5). Araştırmamızı destekler nitelikte Kömürcü'nün (2020) diyaliz hastası ve bakım verenleri ile yaptığı çalışmada ve Karaaslan'ın (2013) kanserli hastalara bakım veren aile üyeleri ile yapmış olduğu araştırmasında da bakım verenlerin yaşlarına göre ÇBASDÖ puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Özdemir'in (2017) araştırmamızdan farklı bir popülasyon olarak meme kanseri hastaları ile yaptığı araştırmasında yaş grupları ile algılanan sosyal destek arasında fark olmadığı belirtilmiştir. Elde ettiğimiz bulgudan farklı olarak; Efe'nin (2018) tip 2 diyabetli bireylerle yapmış olduğu araştırmasında, bireylerin yaşının sosyal destek algısını etkilediği ve 18-29 yaş grubundaki bireylerin puan ortalamasının, diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu bulunmuştur. Kaya'nın (2019) hastasına evde bakım

verenlerle yapmış olduğu araştırmasında 40 yaş ve üzerindeki bakım verenlerde arkadaşlar alt boyut puanında istatistiksel olarak farklılık bulunurken, diğerk gruplar arasında bir farklılık bulunmadığı görülmüştür. Bu farklılıkların araştırmaların yapıldığı popölasyonların farklı olmasından kaynaklandığı düşünölmektedir.

Bakım verenlerin cinsiyetleri ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların arkadaş alt boyutu puan ortalamalarının, erkeklere göre daha düşük olduğu saptanmıştır ve erkeklerin algıladığı sosyal destek düzeyi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.5). Bunun sebebi olarak, bakım vermenin toplumda kadınların rollerinden biri olarak görölmesinden ötürü kadınların arkadaşlarıyla vakit geçirebilecek sosyal ortamının daha az olması düşünölebilir. Kılıç'ın (2018) evde bakım veren bireylerle yaptığı araştırmada da erkeklerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve arkadaş alt boyutu puan ortalamaları kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Benzer olarak Kaya'nın (2019) hastasına evde bakım verenlerle yaptığı araştırmasında, Karabulutlu ve arkadaşlarının (2005) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı araştırmasında ve Karaaslan'ın (2013) kanserli hastalara bakım verenler üzerinde yaptığı araştırmasında bakım veren erkeklerin algıladığı sosyal desteğin kadınlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ancak Kömürcü (2020)'nün diyaliz hastaları ve bakım verenleri ile ve Efe'nin (2018) tip 2 diyabetli bireylerle yaptığı araştırmalarında cinsiyete göre çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi arasında bir farklılık bulunmamıştır.

Bakım verenlerin eğitim durumları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir farklılık görölmemiştir ($p>0,05$). Eğitim durumu üniversite ve yüksek lisans düzeyinde olanların algılanan sosyal destek toplam puanı diğerk eğitim seviyelerine göre daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.5). Bunun nedeni, üniversite mezunu olan bireylerin eğitim aldıkları ortamlarda geniş bir sosyal çevre edinmeleri ve eğitim düzeyi arttıkça farkındalık düzeyinin artması olabilir. Benzer şekilde Kılıç'ın (2018) evde bakım veren bireylerle yaptığı araştırmada ve Özdemir'in (2017) meme kanserli hastalarla yaptığı araştırmada da eğitim durumu ile algılanan sosyal destek ve alt boyutları arasında

anlamli bir farklılık bulunmamıştır. Efe'nin (2018) tip 2 diyabetli bireylerle yaptığı araştırmada üniversite mezunu diyabetlilerin sosyal destek puanlarının, diğer gruplara kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür. Kaya'nın (2019) hastasına evde bakım verenlerle yaptığı araştırmada ise yüksek okul grubunda olan bakım verenlerde özel bir insanın varlığı ve aile alt boyutu yüksek bulunurken, okuryazar olmayan bakım verenlerde ise arkadaşlar alt boyutu en yüksek bulunmuştur.

Bakım verenlerin meslekleri ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; ev hanımı olan bakım verenlerin arkadaş puan ortalamasının, diğer mesleklerde olan bakım verenlere göre daha düşük olduğunu saptanmıştır (Çizelge 3.5). Karabulutlu ve arkadaşlarının (2005) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı araştırmada da ev hanımı olan hastalarda aile, arkadaş ve hemşireden algılanan sosyal destek puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Ev hanımlarının daha az sosyal etkileşimlerde bulunması bu sonucun elde edilmesine katkıda bulunmuş olabilir. Literatürde daha farklı sonuçlar da bulunmaktadır. Bu araştırma sonuçlarına göre Efe (2018)'nin tip 2 diyabetli bireylerle yaptığı araştırmasında emekli diyabetlilerin, diğer meslek gruplarına göre daha düşük sosyal destek puanı aldığı; Kaya'nın (2019) hastasına evde bakım verenlerle yaptığı araştırmasında ise emekli olan bakım verenlerde aile alt boyutu en yüksek düzeyde bulunurken, diğer gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır. Karaaslan'ın (2013) kanserli hastalara bakım verenlerle yaptığı araştırmada ise mesleğin sosyal destek düzeyini etkilemediği belirtilmiştir. Bu farklılıklara örneklem gruplarındaki bireylerin meslekleri dolayısıyla farklı yaşam standartlarına sahip olmasının sebep olduğu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin medeni durumları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; evli olan bakım verenlerin çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı ve aile alt boyutu puan ortalamalarının, bekar olan bakım verenlerin puanlarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.5). Kömürcü'nün (2020) diyaliz hastaları ve bakım verenleri ile yaptığı araştırmasında evli olan bakım verenlerin sosyal destek algısı yüksek bulunurken; Özdemir'in (2017) meme kanserli hastalarla yaptığı

araştırmada evli olanlarda özel bir insan desteği alt boyutunun bekar olanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde ettiğimiz bulgudan farklı olarak tip 2 diyabetli bireylerle yapılan bir araştırmada (Efe, 2018) medeni durumun algılanan sosyal destek düzeyini etkilemediği bulunurken; yaşlı hastalara evde bakım veren bireylerle yapılan bir araştırmada (Kılıç, 2018) bekar olan bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgunun sebebi olarak; evli olan bireylerin aile içinde birbirini desteklemesi ve sorumluluklarını paylaşmasından dolayı algıladıkları sosyal destek düzeylerinin iyi olduğu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin  ocuk sahibi olma durumları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde;  ocuk sahibi olan bakım verenlerin algılanan sosyal destek puanı ve aile puan ortalamalarının,  ocuk sahibi olmayan bakım verenlerin puanlarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin  ocuk sayıları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyut puanları arasında ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) ( izelge 3.5). Literatüre bakıldığında Kaya'nın (2019) hastasına evde bakım verenlerle yapmış olduğu araştırmasında  ocuk sayısının artmasıyla, aile alt boyutu ve ölçek toplam puanlarındaki artışın anlamlı olduğu görülmüştür. Bizim araştırmamızda her ne kadar  ocuk sayısının artmasıyla ölçek puanları arasında artış olmasa bile  ocuk sahibi olanların olmayanlara göre algılanan sosyal destek düzeyi ve aile alt boyutu puanlarındaki artış ile benzerlik göstermektedir. Bakım verenler sosyal destek kaynağı olarak eş,  ocuk gibi aile üyelerini öncelikli tercih ettikleri için  ocuk sahibi olma durumunun sosyal desteği artırmada etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin ekonomik durumları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; geliri giderinden az olan bakım verenlerin algılanan sosyal destek toplam puanı, arkadaş ve özel bir insan puan ortalamaları, geliri giderini karşılayan ve geliri giderinden fazla olan bakım verenlerin puanlarına göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ( izelge 3.5). Kaya'nın (2019) hastasına evde bakım verenlerle yaptığı araştırmasında gelir

durumuna göre ÇBASDÖ toplam puanı ve alt gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu, sosyal destek düzeyi puanının en yüksek geliri giderinden fazla olan bakım verenlerde olduğu; Efe'nin (2018) tip 2 diyabetli bireylerle yaptığı araştırmasında gelirini giderine eşit olan bireylerin ölçek puan ortalaması, gelirini giderinden az olanların puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu araştırmalardan elde edilen sonuçlar, araştırmamızı destekler niteliktedir. Özdemir'in (2017) meme kanseri hastaları ile ve Karaaslan'ın (2013) kanserli hastalara bakım verenlerle yapmış olduğu araştırmalarda ise ekonomik durumun sosyal desteği etkilemediği sonucuna varılmıştır. Literatürdeki bu farklılığın sebebi araştırmanın yapıldığı farklı örneklem gruplarından kaynaklanabilir. Araştırmamıza katılan bakım verenlerin gelir durumu arttıkça çevresinden gördüğü sosyal desteğin arttığı düşünülmektedir.

Tanısı konmuş hastalığı olan bakım verenlerin algılanan sosyal destek düzeyi toplam puanı arasında anlamlı bir fark bulunmazken, arkadaş alt boyutu puan ortalaması tanısı konmuş hastalığı olmayan bakım verenlerin puanlarına göre daha düşük bulunmuştur. Bakım verenlerin diyabet veya hipertansiyon tanısı konma durumları ile algılanan sosyal destek toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.5). Literatürde bakım verenlerde tanı konmuş hastalık varlığı ve algılanan sosyal destek düzeylerini inceleyen bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Meme kanseri olan hastalarla yapılan bir araştırmada başka kronik hastalığın varlığı ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında farklılık bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Özdemir, 2017). Özdemir'in (2017) araştırmasından elde ettiği sonuç, araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgu ile benzerlik göstermektedir. Bu durum bakım verenlerin bakım verme sürecinde hastalık durumlarının sosyal destek algılarını değiştirmediğini düşündürülebilir.

Bakım verenlerin bakım vermede destekleyen başka kişi varlığı, hastaya yakınlık derecesi ve fiziksel sorunların olma durumları arasında çok boyutlu algılanan sosyal destek ve alt boyut puanlarına göre farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.5). Literatür incelendiğinde; fiziksel sorunların olma durumları ile ÇBASDÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya rastlanmamış olup; bakım vermede destekleyen başka kişi varlığı ve hastaya yakınlık derecesi ile

ÇBASDÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar mevcuttur (Karaaslan, 2013; Kaya, 2019). Karaaslan'ın (2013) kanserli hastalara bakım verenlerle yaptığı araştırmada bakım sürecinde başkalarından yardım alan bakım verenlerin ÇBASDÖ puan ortalamaları yardım almayanlara göre yüksek bulunurken; bakım sürecinde yardım alma durumunun algılanan sosyal destek düzeyine etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Bakım sürecinde başka birinden yardım almama bakım yükünü artırarak algılanan sosyal desteği olumsuz etkileyebilir. Ancak araştırmamızda ve Karaaslan'ın (2013) araştırmasında bakım vermede yardımcı olabilecek başka kişi olma durumunun algılanan sosyal destek düzeyine etkisinin olmadığı bulunmuştur. Bakım veren bireylerin bakım verdiği kişiye yakınlık derecesine göre; Karaaslan'ın (2013) kanserli hastalara bakım verenlerle ve Kaya'nın (2019) hastasına evde bakım verenlerle yaptığı araştırmalarında bakım verilen kişiye yakınlık derecesinin sosyal destek düzeyini etkilemediği belirtilmiştir. Araştırma bulgularımız bu yönüyle literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Bakım verenlerin Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'nden aldıkları puan ortalaması $121,27 \pm 12,44$ 'tür. Toplam puanın ortalamasının üstünde ve spiritüel iyi oluşun iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutları incelendiğinde bakım verenlerin Doğa ile Uyum alt boyutundan aldığı puan ortalamasının $(32,98 \pm 3,15)$, Aşkılık $(28,53 \pm 5,77)$ ve Anomi $(18,60 \pm 6,71)$ alt boyutları puan ortalamasından daha fazla olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.3). Puanlar arttıkça spiritüel iyi oluşun arttığı ve ölçekten en fazla 145 puan alınabildiği bilindiğine göre araştırmamıza katılan bakım verenlerin puan ortalamalarına göre spiritüel iyi oluş düzeyleri iyi durumdadır.

Literatürde hemodiyaliz tedavisi alan hastalara bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri ile spiritüel iyi oluş düzeyleri ve alt boyutlarıyla ilgili yeterli araştırmaya ulaşılamamıştır. Yapılan araştırmalar genellikle bireylerin spiritüel iyi oluş toplam puanı üzerinden değerlendirilerek sosyodemografik özellikleri ile ilişkisinin olup olmadığını belirlemeye yönelik araştırmalardır (Kömürcü, 2020; Kutlu ve ark., 2020; Nurkan, 2020; Yılmaz, 2019 ve Yorulmaz, 2021). Spiritüel iyi oluş düzeyinin sağlık, iyilik hali ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır. Kömürcü (2020) tarafından yapılan bir araştırmada

maneviyatın, inanç ve dini aktivitelerin; depresyon ve anksiyete düzeyinin azaltılmasında, sorunlarla başa çıkma ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olduğu belirtilmektedir. Rafati ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan bir araştırmada HD hastasına bakım verenlerin yükünü azaltmada kişinin spiritüel iyi oluşunun önemli bir rolü olduğu belirtilmiştir.

Bakım verenlerin yaş grupları ile spiritüel iyi oluş toplam puanı ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; 44 yaş ve altında olan bakım verenlerin spiritüel iyi oluş düzeyleri ve alt boyutlarından doğa ile uyum puan ortalamalarının, 45-64 yaş aralığında olan bakım verenlere göre daha düşük; 44 yaş ve altında olan bakım verenlerin aşkınlık alt boyutu puan ortalamasının diğer yaş grubundaki bakım verenlere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.6). Benzer şekilde Nurkan'ın (2020) yetişkinler üzerinde yaptığı araştırmasında da yaş ilerledikçe spiritüel iyi oluş düzeyinin arttığı bulunmuştur. Yorulmaz'ın (2021) hemşirelerle yaptığı araştırmasında hemşirelerin spiritüel iyi oluş ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde, 18-25 ve 31-40 yaş grubunda olan hemşirelerin spiritüel iyi oluş düzeylerinden anomi alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Farklı araştırma grupları ile yapılmış, yaş değişkenine göre farklılık bulmayan araştırmalara da rastlanılmıştır (Kömürcü, 2020 ve Yılmaz, 2019). Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuca göre bireylerin yaş ilerledikçe yaşamın anlamını kavradıkları ve aşkın bir varlığa daha fazla inanma ihtiyacı hissettikleri düşünülmektedir.

Bakım verenlerin cinsiyetleri ile spiritüel iyi oluş düzeyi ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınların sadece aşkınlık puan ortalamalarının, erkeklere göre daha düşük olduğu bulunurken spiritüel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Çizelge 3.6). Yılmaz'ın (2019) öğretmenlerle yaptığı araştırmasında elde ettiğimiz bulgudan farklı olarak kadın öğretmenlerin erkek öğretmenlere göre aşkınlık düzeyi daha yüksek bulunurken spiritüel iyi oluşlarının yaş değişkenine göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Literatürde araştırmamızı destekler nitelikte cinsiyet değişkenine göre spiritüel iyi oluş düzeyi arasında farklılık bulmayan farklı çalışma grupları ile yapılmış araştırmalara da

rastlanılmıştır (Kömürcü, 2020; Kutlu ve ark., 2020; Nurkan, 2020 ve Yorulmaz, 2021).

Bakım verenlerin eğitim durumları ile spiritüel iyi oluş düzeyi ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; ilkokul ve altı mezunu olan bakım verenlerin spiritüel iyi oluş toplam puanı ve aşkınlık puan ortalamalarının, daha yüksek mezuniyetlerde olan bakım verenlerin puan ortalamalarına göre anlamlı olarak daha yüksek; ilkokul ve altı mezunu olan bakım verenlerin doğa ile uyum puan ortalamasının ortaokul-lise eğitim seviyesine sahip bakım verenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.6). Yılmaz (2019) öğretmenlerle yapmış olduğu araştırmasında öğrenim durumunun spiritüelliği anlamlı olarak etkilediği sonucuna ulaşmıştır. Kaya'nın (2019) riskli birimlerde çalışan hemşirelerle yaptığı araştırmasında ise hemşirelerin öğrenim durumu ile aşkınlık alt boyutu ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunduğu, hemşirelerin eğitim düzeyinin yükselmesiyle aşkınlık düzeyinin arttığı belirtilmiştir. Eğitim durumuna göre spiritüel iyi oluş düzeyinde farklılık olmadığını gösteren farklı çalışma grupları ile yapılmış araştırmalar da mevcuttur (Kutlu ve ark., 2020; Mingir, 2022 ve Nurkan, 2020). İnsanların eğitim düzeyi arttıkça bilgilerinin artması ve yaşamını sorgulayarak anlam bulmaya çalışmasından dolayı maneviyat düzeylerinin de artması beklenebilir. Bizim araştırmamızda ise daha düşük eğitim seviyesinde olanların spiritüel iyi oluş düzeylerinin daha yüksek bulunması araştırmanın üç merkezdeki popülasyonu yansıttığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bakım verenlerin meslekleri ile spiritüel iyi oluş düzeyi ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; diğer mesleklerde olan bakım verenlerin spiritüel iyi oluş düzeyinin ev hanımı ve emekli olan bakım verenlere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunurken emekli olan bakım verenlerin aşkınlık ortalamalarının, ev hanımı ve diğer mesleklerde olan bakım verenlere göre daha yüksek; emekli olan bakım verenlerin doğa ile uyum ortalamalarının diğer mesleklerde olan bakım verenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.6). Ev hanımı ve emekli olan bakım verenlerin iş stresinin olmaması ve hastasına bakım sürecinde daha fazla

vakit ayırabilmesi sebebiyle manevi açıdan daha iyi hissettikleri düşünülebilir. Literatüre bakıldığında Mingir'in (2022) kanserli çocukların ebeveynleri ile yaptığı araştırmasında; babaların mesleğine göre spiritüel iyi oluşları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı, annelerin çalışma durumuna göre ise çalışmayan annelerin doğayla uyum alt boyut puan ortalamasının, çalışan annelerin doğayla uyum puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bakım verenlerin medeni durumları ile spiritüel iyi oluş düzeyi ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; evli olan bakım verenlerin aşkınlık ve doğa ile uyum puan ortalamaları, bekar olan bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.6). Kömürcü'nün (2020) diyaliz hastaları ve bakım verenleri ile ve Nurkan'ın (2020) yetişkinler üzerinde yapmış olduğu araştırmalarda evli olanların bekarlara göre anlamlı derecede yüksek spiritüel iyi oluşa sahip oldukları bulunmuştur. Bizim araştırmamızda da evli olan bakım verenlerin spiritüel iyi oluş toplam puanı bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yorulmaz'ın (2019) hemşireler üzerinde yaptığı araştırmasında da spiritüel iyi oluş toplam puanı ile medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmazken; bekar olan hemşirelerin anomi alt boyutunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda evli bireylerin eşlerinden destek aldığı düşünülerek spiritüel iyi oluş düzeylerinin arttığı düşünülmektedir.

Bakım verenlerin çocuk sahibi olma durumlarına göre; çocuk sahibi olan bakım verenlerin aşkınlık puan ortalamaları, çocuk sahibi olmayan bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Bakım verenlerin çocuk sayılarına göre ise 1-2 çocuğa sahip olan bakım verenlerin aşkınlık puan ortalamaları, 5 ve üzerinde çocuğa sahip olan bakım verenlere göre daha düşük bulunmuştur (Çizelge 3.6). Kömürcü'nün (2020) diyaliz hastaları ve bakım verenleri ile yaptığı araştırmada çocuk sahibi olan diyaliz hastalarının SİÖÖ puanları çocuk sahibi olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Yoğun bakım hemşireleri ile yapılan bir başka araştırmada da çocuğu olan hemşirelerin SİÖÖ toplam puanı, aşkınlık ve anomi alt boyutlarından aldıkları puanlar çocuğu olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Kutlu ve ark., 2020). Bu yönüyle araştırmamızdan elde edilen bulgular

literatürle benzerlik göstermektedir. Çocuk sahibi olmanın bireylerin inancını artırarak spiritüel iyi oluş düzeylerini olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin ekonomik durumları ile spiritüel iyi oluş puanı ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.6). Araştırma sonucu ile paralel olarak Nurkan'ın (2020) yetişkinler ile yaptığı araştırmasında, yetişkin bireylerin aylık gelire göre spiritüel iyi oluş düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında daha farklı sonuçlar da bulunmaktadır. Hemodiyaliz hastaları ile yapılan bir araştırmada, geliri giderinden az olan hemodiyaliz hastalarının spiritüel iyi oluşları düşük olarak belirtilmiştir (Kömürcü, 2020). Yorulmaz'ın (2021) hemşirelerle yaptığı araştırmasında sosyo ekonomik düzeyi yüksek hemşirelerin aşkınlık alt boyut puanları, sosyo ekonomik düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kanseri çocukların ebeveynleri ile yapılan bir araştırmada ise gelir durumu az olan ebeveynlerin spiritüel iyi oluş düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (Mingir, 2022). Araştırmamızda elde edilen bulgunun literatürden farklı olmasının sebebi araştırmanın üç diyaliz merkezindeki sınırlı popülasyonu yansıması olarak düşünülmektedir.

Bakım verenlerin tanısı konmuş hastalığı olma durumları ile spiritüel iyi oluş düzeyi ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; tanısı konmuş hastalığı olan bakım verenlerin spiritüel iyi oluş, aşkınlık ve doğa ile uyum puan ortalamalarının, tanısı konmuş hastalığı olmayan bakım verenlerin puan ortalamalarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin diyabet veya hipertansiyon tanısı konma durumları ile spiritüel iyi oluş düzeyleri arasında ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.6). Literatürde bakım verenlerin hasta olma durumları ile spiritüel iyi oluş düzeyleri ve alt boyutlarıyla ilgili herhangi bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Hastalığı olan bakım verenlerin manevi inançları ve Tanrısal gücün varlığına olan inançlarının yüksek olmasının spiritüel iyi oluş düzeylerini de artırdığı düşünülmektedir.

Bakım verenlerin bakım vermede destekleyen kişi olma ve fiziksel sorunların olma durumları arasında spiritüel iyi oluş puanı ve alt boyut puanlarının

ortalamlarına göre farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.6). Sadece yorgunluk yaşayan bakım verenlerin anomi puan ortalaması, yorgunluk yaşamayan bakım verenlerin puan ortalamasına göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.6). Literatürde bakım verenlerin bakım vermede destekleyen başka kişi varlığı ve fiziksel sorunların olma durumları ile spiritüel iyi oluş düzeyleri ve alt boyutlarıyla ilgili herhangi bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Anomi alt boyutu kişinin değer yargılarını yitirdiği, hayatı boş ve anlamsız olarak tanımladığı, olumsuzlukları barındıran bir durumdur (Ekşi ve Kardaş, 2017). Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgulara göre; anomi alt boyutundan alınan yüksek puanlar yorgunluk yaşayan bakım verenlerin spiritüel iyi oluşlarının iyi olmadığını göstermektedir.

Bakım verenlerin hastaya yakınlık dereceleri ile spiritüel iyi oluş düzeyleri ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastanın eşi olan bakım verenlerin aşkınlık puan ortalamaları, hastanın çocuğu ve diğer yakınlığı olan bakım verenlerin puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.6). Literatürde bakım verenlerin hastaya yakınlık dereceleri ile spiritüel iyi oluş düzeyleri ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ölçek alt boyutlarından aşkınlık; ilahi bir gücün varlığına olan inancı ifade etmektedir (Ekşi ve Kardaş, 2017). Aile içinde eşlerin birbirine yakınlığı, iletişimi ve paylaşımının daha fazla olması ve hayat arkadaşını kaybetme korkusu sebebiyle hastalık ve bakım verme sürecinde ilahi bir güce inanma, sığınma duygusunun daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları alt boyut puanları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı arasında anlamlı doğrusal ilişkiler görülmemiş ($p>0,05$) iken stresle başa çıkma tarzları alt boyut puanları ile spiritüel iyi oluş toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür. Bakım verenler stresle baş etmede etkili yöntemleri kullandığında spiritüel iyi oluş düzeyleri de artmaktadır. Çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı ile spiritüel iyi oluş toplam puanı arasında ise anlamlı doğrusal bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.7). Literatüre bakıldığında Karaaslan'ın (2013) kanserli hastalara bakım

veren aile bireyleri ile yaptığı araştırmasında sosyal desteğin stres düzeyini etkilediği, sosyal destek ile stres düzeyi arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kömürcü'nün (2020) diyaliz hastalarına bakım verenlerle yaptığı araştırmasında algılanan sosyal destek düzeyleri ve spiritüel iyi oluş düzeyleri arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki saptanmış olup; stresle başa çıkma tarzları alt boyut puanları ile spiritüel iyi oluş toplam puanı arasında da ilişkiler olduğu belirtilmiştir.

Alt boyut puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; çok boyutlu algılanan sosyal destek alt boyut puanları ile stresle başa çıkma tarzları alt boyut puanları ve spiritüel iyi oluş alt boyut puanları arasında anlamlı doğrusal ilişkiler görülmemiştir ($p>0,05$) (Çizelge 3.7). Kömürcü'nün (2020) diyaliz hastalarına bakım verenlerle yaptığı araştırmasında stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasında araştırmamızdan farklı olarak ilişki olduğu saptanmış olup; spiritüel iyi oluş ölçeği alt boyutları ve çok boyutlu algılanan sosyal destek alt boyut puanları arasında ilişki olup olmadığı incelenmemiştir. Özdemir'in (2017) meme kanserli hastalarla yaptığı araştırmasında ise ÇBASDÖ aile alt boyutu ile SBÇTÖ sosyal desteğe başvurma ve etkili başa çıkma tarzları puan ortalamaları karşılaştırılmasında zayıf düzeyde pozitif anlamlı ilişki; ÇBASDÖ arkadaş ve özel bir insan alt boyutları ile SBÇTÖ iyimser yaklaşım puan ortalamaları karşılaştırılmasında zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki; toplam ÇBASDÖ puanı ile SBÇTÖ iyimser yaklaşım ve etkili başa çıkma yolları puan ortalamaları karşılaştırılmasında zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir.

Stresle başa çıkma tarzları alt boyut puanları ile spiritüel iyi oluş alt boyut puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde (Çizelge 3.7); Aşkınlık alt boyutu puanı ile kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım, sosyal desteğe başvurma alt boyut puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu; aşkınlık puanı ile boyun eğici yaklaşım puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür. İlahi bir gücün varlığına olan inancı ifade eden aşkınlık puanı arttıkça stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma gibi etkili yöntemlerin

düzeyinin de arttığı görülmüştür. Bunlardan farklı olarak boyun eğici yaklaşım tarzı ile aşkınlık arasında daha yüksek bir ilişki bulunmasının sebebi olarak; hastalık sürecinde bakım vermenin tüm zorluklarına katlanarak boyun eğmek durumunda olan bakım verenlerin ilahi bir güce sığınma ihtiyacını artırdığı düşünülmektedir. Doğa ile uyum alt boyutu puanı ile kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu; doğa ile uyum puanı ile sosyal desteğe başvurma puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu; doğa ile uyum puanı ile çaresiz yaklaşım puanı arasında anlamlı doğrusal bir ilişki olmadığı görülmüştür. Doğa ile uyum alt boyutu insanın doğa ve çevre ile uyum içinde yaşamasını ifade etmektedir (Ekşi ve Kardaş, 2017). Stresle etkili baş etme yaklaşım tarzları (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma) kullanıldığında kişinin doğa ile uyum düzeyinin de arttığı görülmektedir. Boyun eğici yaklaşım tarzı puanının artması ile birlikte doğa ile uyum puanının da arttığı görülmüştür, elde ettiğimiz bu bulgu bireylerin uzun süreli bakım verme sürecinde bazı olumsuz durumları kabullenmesi ve çevre ile uyumlu olması sonucunda manevi açıdan kendini daha iyi ve rahat hissedilmesine yol açtığını düşündürmektedir. Anomi alt boyutu puanı ile kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puanları arasında anlamlı doğrusal bir ilişki olmadığı; anomi alt boyutu puanı ile çaresiz yaklaşım puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu; anomi alt boyutu puanı ile boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma puanları arasında da düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür. Anomi alt boyutu kişinin değer yargılarını yitirdiği, hayatını anlamsız olarak gördüğü, olumsuzlukları ifade eden bir durumdur (Ekşi ve Kardaş, 2017). Stresle baş etmede çaresiz yaklaşım tarzı kullanıldıkça anomi alt boyutu puanlarının da artması spiritüel iyi oluş düzeylerini olumsuz etkilemektedir. Literatür tarandığında spiritüel iyi oluş ölçeği alt boyutları ile stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaya ulaşılamamıştır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları, algılanan sosyal destek ve spiritüel iyi oluşları bakımından gereksinim duydukları destek müdahalelerinin belirlenmesi ve bu değişkenler arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla yürütülen araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Bakım verilen hastaların %53,8'i kadın, %46,2'si erkektir. Hastaların %51,6'sı 65 yaş ve üzeri grupta yer almakta olup, %39,8'i ilkokul mezunudur. Ayrıca bakım verilen hastaların yarısından fazlası evli (%75,3) ve çocuk sahibidir (%91,4). Hastaların %51,6'sı ev hanımı, %45,2'si emekli olup yarısından fazlası (%68,8) ekonomik durumunu gelirim giderimi karşılıyor olarak tanımlamıştır. Hastaların KBY tanısı alma süresi ortalaması $6,96 \pm 6,88$ yıl, hemodiyaliz tedavi sürelerinin ortalaması $4,34 \pm 4,85$ yıl olarak saptanmıştır. Hastaların %86'sı haftada 3 kez hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Hastaların çoğunluğunun (%82,8) KBY dışında da ek hastalığı bulunmakta olup %67,5'inin diyabetes mellitus, %84,4'ünün hipertansiyon tanısı bulunmaktadır. Hastaların %44,1'i 4 kişi ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %57'sinin bakımına en uzun süre 1 kişi yardımcı olmuş iken bu kişilerin %63,4'ünü hastaların eşi, %43'ünü çocuğu oluşturmaktadır (Çizelge 3.1).

Araştırmaya katılan bakım verenlerin %55,9'u kadın, %44,1'i erkektir. Bakım verenlerin yaş ortalaması $51,84 \pm 14,69$ olup, %53,8'i 45-64 yaş aralığındadır. Bakım verenlerin %41,8'i ilkokul mezunu olup, %48,4'ü ev hanımı ve %26,9'u emeklidir, yarısından fazlasının (%58,1) geliri giderini karşılamaktadır. Bakım verenlerin yarısından fazlası evli (%77,4) ve çocuk sahibidir (%77,4). Bakım verenlerin %45,2'sinin tanısı konmuş hastalığı bulunmuyor iken hastalığı bulunanlardan %52,4'ü diyabetes mellitus, %45,2'si hipertansiyon hastasıdır. Bakım verme rolünü %49,5 ile hasta eşleri üstlenmektedir. Bakım verenlerin bakım verme süreleri ortalaması $47,74 \pm 49,13$ ay olup günde ortalama bakım verme süreleri

ortalaması ise $16,71 \pm 9,22$ saattir. Bakım verenlerin %47,3'ünün hayatında hastanın bakımını destekleyebilecek başka bir kişi bulunmakta olup bu kişilerin %52,3'ünü hastanın çocuğu oluşturmaktadır. Bakım verenlerin yarısından fazlası (%52,7) bakım verme sürecinde fiziksel sorun yaşamaktadır. Fiziksel sorunu olanların %89,8'inin yorgunluk, %61,2'sinin uyku sürecinde bozulma, %26,5'inin kişisel bakımda değişim, %16,3'ünün bel ağrısı sorunu bulunmaktadır (Çizelge 3.2).

Bakım verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasının Kendine Güvenli Yaklaşım ($2,59 \pm 0,50$) ve İyimser Yaklaşım ($2,40 \pm 0,58$) alt boyutunda olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.3).

Bakım veren bireylerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamasının $62,58 \pm 17,81$ olduğu ve alt boyutlar incelendiğinde en yüksek puanı Aile ($24,87 \pm 5,24$) alt boyutundan aldığı sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.3). Alınan toplam puanın ortalamasının üstünde olduğu ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek durumlarının iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Bakım verenlerin Spiritüel İyi Oluş toplam puan ortalaması $121,27 \pm 12,44$ iken alt boyutlar incelendiğinde en yüksek puanı Doğa İle Uyum ($32,98 \pm 3,15$) alt boyutundan aldığı sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.3). Ölçekten alınan toplam puan ortalamasının üstündedir ve bakım verenlerin spiritüel iyi oluşları iyi düzeydedir.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin yaş gruplarına göre 44 yaş ve altındaki bakım verenlerde SBÇTÖ-BEY puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu, 44 yaş ve altındaki bakım verenlerin spiritüel iyi oluş toplam puanı ve doğa ile uyum alt boyut puan ortalamalarının 45-64 yaş aralığındaki bakım verenlere göre daha düşük olduğu, 44 yaş ve altındaki bakım verenlerin aşkınlık alt boyutu puan ortalamalarının diğer yaş grubundaki bakım verenlere göre daha düşük olduğu, bakım verenlerin yaş gruplarının algılanan sosyal desteğe etkili olmadığı sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.4, Çizelge 3.5, Çizelge 3.6).

Bakım veren bireylerin cinsiyetlerine göre spiritüel iyi oluş toplam puanı arasında farklılık bulunmamıştır. Yalnız kadınların SBÇTÖ-KGY, algılanan sosyal destek toplam puanı, ÇBASDÖ-arkadaş ve SİÖÖ-aşkınlık alt boyutu puan ortalamalarının, erkeklere göre daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.4, Çizelge 3.5, Çizelge 3.6).

Eğitim düzeyi ilkökul ve altı olan bakım verenlerin SBÇTÖ-İY, SBÇTÖ-ÇY, SBÇTÖ-BEY, spiritüel iyi oluş ve aşkınlık puan ortalamalarının daha yüksek mezuniyetlerde olan bakım verenlere göre daha yüksek olduğu, ilkökul ve altı eğitim düzeyine sahip bakım verenlerin SİÖÖ-doğa ile uyum puan ortalamasının ortaokul-lise eğitim düzeyine sahip bakım verenlere göre daha yüksek olduğu; bakım verenlerin eğitim durumları ile ÇBASDÖ puanları arasında farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.4, Çizelge 3.5, Çizelge 3.6).

Emekli olan bakım verenlerin SBÇTÖ-BEY puan ortalamasının ev hanımı ve diğer mesleklerde olan bakım verenlere göre daha yüksek, ev hanımı olan bakım verenlerin ÇBASDÖ-arkadaş puan ortalamasının diğer mesleklerde olan bakım verenlere göre daha düşük, diğer mesleklerde olan bakım verenlerin spiritüel iyi oluş toplam puan ortalamalarının ev hanımı ve emekli olan bakım verenlere göre daha düşük, emekli olan bakım verenlerin SİÖÖ-aşkınlık puan ortalamasının ev hanımı ve diğer mesleklerde olan bakım verenlere göre daha yüksek, emekli olan bakım verenlerin SİÖÖ-doğa ile uyum puan ortalamasının ise diğer mesleklerde olan bakım verenlere göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.4, Çizelge 3.5, Çizelge 3.6).

Evli olan bakım verenlerin SBÇTÖ-İY, çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı, ÇBASDÖ-aile, SİÖÖ-aşkınlık, SİÖÖ-doğa ile uyum puan ortalamalarının bekâr olan bakım verenlere göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.4, Çizelge 3.5, Çizelge 3.6).

Bakım veren bireylerin çocuk sahibi olma durumlarına göre çocuk sahibi olan bakım verenlerin SBÇTÖ-İY, çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı,

ÇBASDÖ-aile ve SİÖÖ-aşkınlık puan ortalamalarının çocuk sahibi olmayan bakım verenlere göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.4, Çizelge 3.5, Çizelge 3.6). Bakım verenlerin çocuk sayılarına göre ise 1-2 çocuğa sahip olan bakım verenlerin SBÇTÖ-ÇY, SBÇTÖ-BEY, SİÖÖ-aşkınlık puan ortalamalarının 5 ve üzerinde çocuğa sahip olan bakım vericilerin puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.4, Çizelge 3.5, Çizelge 3.6).

Bakım verenlerin ekonomik durumlarına göre SBÇTÖ ve SİÖÖ puanları arasında farklılık olmadığı, geliri giderinden az olan bakım verenlerin ÇBASDÖ toplam puanı ve ÇBASDÖ-arkadaş, ÇBASDÖ-özel bir insan puan ortalamalarının geliri giderini karşılayan ve geliri giderinden fazla olan bakım verenlere göre daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.4, Çizelge 3.5, Çizelge 3.6).

Tanısı konmuş hastalığı olan bakım verenlerin SBÇTÖ-BEY, spiritüel iyi oluş toplam puanı, SİÖÖ-aşkınlık, SİÖÖ-doğa ile uyum puan ortalamalarının tanısı konmuş hastalığı olmayan bakım verenlerin puan ortalamalarına göre daha yüksek, tanısı konmuş hastalığı olan bakım verenlerin ÇBASDÖ-arkadaş puan ortalamasının ise tanısı konmuş hastalığı olmayan bakım verenlerin puan ortalamasına göre daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.4, Çizelge 3.5, Çizelge 3.6).

Bakım verenlerin diyabet tanısı konma, bakım vermede destekleyen kişi olma ve fiziksel sorunların olma durumları arasında SBÇTÖ, ÇBASDÖ, SİÖÖ puanı ve alt boyut puanlarının ortalamalarına göre farklılık bulunmadığı, hipertansiyon hastası olan bakım verenlerin SBÇTÖ-SDB puan ortalamasının hipertansiyon hastası olmayan bakım verenlerin puan ortalamasına göre daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.4, Çizelge 3.5, Çizelge 3.6).

Bakım verenlerin hastaya yakınlık dereceleri ile algılanan sosyal destek arasında farklılık olmadığı, hastanın eşi olan bakım verenlerin SBÇTÖ-BEY ve SİÖÖ-aşkınlık puan ortalamalarının hastanın çocuğu ve diğer yakınlığı olan bakım verenlerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.4, Çizelge 3.5, Çizelge 3.6).

Bakım verenlerde uyku sürecinde bozulma ve kişisel bakımda değişim sorunu olma durumları ile SBÇTÖ, ÇBASDÖ, SİOÖ puanı ve alt boyut puanlarının ortalamalarına göre anlamlı bir farklılık olmadığı, yorgunluk yaşayan bakım verenlerin SİOÖ-anomi puan ortalamasının yorgunluk yaşamayan bakım verenlerin puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.4, Çizelge 3.5, Çizelge 3.6).

Bakım verenlerin SBÇTÖ alt boyut puanları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı arasında anlamlı doğrusal ilişkiler olmadığı($p>0,05$), SBÇTÖ alt boyut puanları ile spiritüel iyi oluş toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu, çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı ile spiritüel iyi oluş toplam puanı arasında ise anlamlı doğrusal bir ilişki olmadığı ($p>0,05$) sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.7).

Alt boyut puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; SBÇTÖ alt boyut puanları ile ÇBASDÖ alt boyut puanları arasında anlamlı doğrusal ilişkiler olmadığı ($p>0,05$), ÇBASDÖ alt boyut puanları ile SİOÖ alt boyut puanları arasında anlamlı doğrusal ilişkiler olmadığı ($p>0,05$) sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.7).

SİOÖ alt boyut puanları ile SBÇTÖ alt boyut puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; Aşkınlık alt boyutu puanı ile SBÇTÖ-KGY, SBÇTÖ-İY, SBÇTÖ-ÇY, SBÇTÖ-SDB alt boyut puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu; aşkınlık puanı ile SBÇTÖ-BEY puanı arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.7).

Doğa ile uyum alt boyutu puanı ile SBÇTÖ-KGY, SBÇTÖ-İY, SBÇTÖ-BEY puanları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu; doğa ile uyum puanı ile SBÇTÖ-SDB puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu; doğa ile uyum puanı ile SBÇTÖ-ÇY puanı arasında anlamlı doğrusal bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.7).

Anomi alt boyutu puanı ile SBÇTÖ-KGY, SBÇTÖ-İY puanları arasında anlamlı doğrusal bir ilişki olmadığı; anomiy alt boyutu puanı ile SBÇTÖ-ÇY puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu; anomiy alt boyutu puanı ile SBÇTÖ-BEY ve SBÇTÖ-SDB puanları arasında da düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.7).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara bakım verenlerin kronik hastalık ve bakım verme sürecinde ortaya çıkan gereksinimlerinin desteklenebilmesi için araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Bakım verenlerin hasta ile bir bütün olarak ele alınıp stresle başa çıkma tarzları, algıladıkları sosyal destek durumu, yaşadıkları fiziksel sorunlar ve spiritüel iyi oluşlarının bir arada değerlendirilmesi ve gereksinimler doğrultusunda, bakım verenlere destek olacak uygun kapsamlı eğitim programlarının planlanması,

2. Diyaliz merkezlerinde hasta ve bakım vereniyle sürekli iletişim halinde olan hemşirelerin hastalara bakım veren bireylerin psikososyal gereksinimlerini ve spiritüel iyi oluş düzeylerini değerlendirmesi ve bakımın elde edilen sonuçlara göre planlanması,

3. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara bakım verenlerin stresle baş etme yöntemlerinin değerlendirilerek stresle baş etmede etkili yöntemlerin kullanılmasına yönelik çalışmalar planlanması ve uygulanması,

4. Bakım veren bireylerin sosyal ve ekonomik destek sistemlerinin değerlendirilerek gerekli durumlarda farklı kurum ve kuruluşların da (örneğin, Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ilgili birimler) bakım verenlerin gereksinimlerinin karşılanmasında bakıma katılımının sağlanması,

5. Bakım verenlerin fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve spiritüel durumunun bir arada değerlendirildiği deneysel ve nitel araştırmaların yapılması,

6. Bakım verenlerin hemodiyaliz tedavisi alan hastalara yönelik semptom yönetiminde eğitim ve izlem ile güçlendirilmesi önerilmektedir.

ÖZET

Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimleri

Araştırma, hemodiyaliz tedavisi alan hastalara bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları, algılanan sosyal destek ve spiritüel iyi oluşları ile birlikte fiziksel bakımdan da gereksinim duydukları destek müdahalelerinin belirlenmesi amacıyla kesitsel-tanımlayıcı türde yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini hemodiyaliz tedavisi alan hastalara bakım veren bireyler oluşturmak üzere araştırma, Zonguldak ili Karadeniz Ereğli ilçesinde bulunan Başkent Üniversitesi Karadeniz Ereğli Diyaliz Merkezi, Özel Ereğli Can Diyaliz Merkezi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi Diyaliz Merkezi adında 3 adet diyaliz merkezinde 1 Ağustos-1 Ekim 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Verilerin toplanmasında; araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu ve Bakım Veren Tanıtıcı Özellikler Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ) kullanılmıştır. Araştırma verileri değerlendirilirken frekans, yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler, bağımsız t testi, ANOVA testi, Tukey testi, Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bakım verenlerin çoğunluğunun bakım verme sürecinde fiziksel sorunları (%52,7) olup bu sorunlar yorgunluk (%89,8), uyku sürecinde bozulma (%61,2), kişisel bakımda değişim (%26,5) ve bel ağrısı (%16,3) olarak saptanmıştır. Bakım verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nden aldığı en yüksek puan ortalamasının Kendine Güvenli Yaklaşım ($2,59 \pm 0,50$) ve İyimser Yaklaşım ($2,40 \pm 0,58$) alt boyutunda olduğu; ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının $62,58 \pm 17,81$ olduğu ve en yüksek puanı Aile ($24,87 \pm 5,24$) alt boyutundan aldığı; SİÖÖ toplam puan ortalamasının $121,27 \pm 12,44$ olduğu ve en yüksek puanı Doğa İle Uyum ($32,98 \pm 3,15$) alt boyutundan aldığı belirlenmiştir. Elde edilen bulgulara göre bakım verenlerin sosyal destek ve spiritüel iyi oluş düzeylerinin iyi olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre SBÇTÖ, ÇBASDÖ, SİÖÖ puanları arasında farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Bakım verenlerin fiziksel sorunlarından yorgun olma durumlarına göre sadece SİÖÖ anomi puanının ortalaması arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Bakım verenlerin SBÇTÖ alt boyut puanları ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında anlamlı doğrusal ilişkiler olmadığı ($p > 0,05$), SBÇTÖ alt boyut puanları ile SİÖÖ toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu, ÇBASDÖ toplam puanı ile SİÖÖ toplam puanı arasında ise anlamlı doğrusal bir ilişki olmadığı ($p > 0,05$) belirlenmiştir. SBÇTÖ alt boyut puanları ile ÇBASDÖ alt boyut puanları arasında anlamlı doğrusal ilişkiler olmadığı ($p > 0,05$), ÇBASDÖ alt boyut puanları ile SİÖÖ alt boyut puanları arasında anlamlı doğrusal ilişkiler olmadığı ($p > 0,05$), SİÖÖ alt boyut puanları ile SBÇTÖ alt boyut puanları arasında değişik düzeyde ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Hemodiyaliz tedavisi alan hasta ile birlikte bakım verenlerin de gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda uygun kapsamlı eğitim programları ve girişimlerin planlanması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bakım Veren, Destek Bakım Gereksinimleri, Hemodiyaliz, Hemşire, Kronik Böbrek Yetmezliği

SUMMARY

Supportive Care Needs of Caregivers of Patients Receiving Hemodialysis Treatment

This research, in which a cross-sectional-descriptive design was used, was conducted to determine the styles of coping with stress and perceived social support and spiritual well-being of caregivers of patients receiving hemodialysis treatment, as well as support interventions that they need physically.

The population of the research included individuals who provided care for patients receiving hemodialysis treatment. The research was carried out between August 1 and October 1, 2022 in three dialysis centers, namely Başkent University Karadeniz Ereğli Dialysis Center, Private Ereğli Can Dialysis Center, and T.R. Ministry of Health Karadeniz Ereğli State Hospital Dialysis Center, which are located in Karadeniz Ereğli district of Zonguldak province. Data collection tools included a Patient Descriptive Characteristics Form and a Caregiver Descriptive Characteristics Form, created by the researcher following a review of the literature, the Stress Coping Styles Scale (SCSS), the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and the Spiritual Well-Being Scale (SWBS). Descriptive statistics, such as frequency, percentage, mean, standard deviation values, independent t-test, ANOVA test, Tukey test, and Pearson correlation analysis were used in the analysis of the data.

During the caregiving process, the majority of caregivers had physical problems (52,7%), which included fatigue (89,8%), sleep disturbance (61,2%), change in personal care (26,5%), and low back pain (16,3%). Caregivers obtained the highest mean scores from the Self-Confident Approach ($2,59 \pm 0,50$) and Optimistic Approach ($2,40 \pm 0,58$) sub-dimensions of the SCSS. Their mean score on the total MSPSS was $62,58 \pm 17,81$, and the highest score was obtained from the Family ($24,87 \pm 5,24$) sub-dimension of the scale. It was also determined that the mean score of the caregivers on the total SWBS was $121,27 \pm 12,44$ and that the highest score was obtained from the Harmony with Nature ($32,98 \pm 3,15$) sub-dimension of the scale. According to the findings, it was determined that the social support and spiritual well-being levels of the caregivers were good. The results of the research indicated that there was a significant difference between the scores of the caregivers on the SCSS, the MSPSS, and SWBS according to their sociodemographic characteristics ($p < 0,05$). It was determined that there was a statistically significant difference between the mean scores of the caregivers on the anomie sub-dimension of the SWBS according to only their fatigue status, which was among their physical problems ($p < 0,05$).

It was determined that there was no significant linear relationship between caregivers' mean scores on the sub-dimensions of the SCSS and the total MSPSS score ($p > 0,05$), there was a moderate and positive significant linear relationship between their mean scores on the sub-dimensions of the SCSS and the total SWBS score, and that there was no significant linear relationship between the mean scores of the caregivers on the total MSPSS score and the total SWBS score ($p > 0,05$). Also, it was found that there was no significant linear relationship between the sub-dimension scores of the SCSS and the sub-dimension scores of the MSPSS ($p > 0,05$), there was no significant linear relationship between the mean sub-dimension scores of the MSPSS and the SWBS ($p > 0,05$), and that there were different levels of relationships between the mean sub-dimension scores of the SWBS and the SCSS. It is recommended to determine the needs of the caregivers along with patients receiving hemodialysis treatment and to plan appropriate comprehensive education programs and interventions accordingly.

Keywords: Caregiver, Chronic Kidney Failure, Hemodialysis, Nurse, Supportive Care Needs

KAYNAKLAR

- ACAR D (2018). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Tedaviye Uyumla İlişkili Faktörler: Anksiyete, Depresyon, Hastalık Algısı. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Aydın.
- AKBAR SA, JAFRİ SZH, AMENDOLA MA, MADRAZO BL, SALEM R, BİS KG (2005). Complications of Renal Transplantation. *Radiographics*, **25**(5), 1335-1356.
- AKDEMİR, N (Ed.) (2021). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (Güncellenmiş 7.Baskı). Ankara: Akademisyen Kitabevi, s.:758.
- AKI MK, DİKMEN YD (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.
- AKPOLAT T, UTAŞ C (1997). Hemodiyaliz Hastasında Sık Karşılaşılan Sorunlar. *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Konu 27. (Online)*. Türk Nefroloji Derneği Kılavuz ve Kitapları, Erişim: [https://nefroloji.org.tr/uploads/folders/file/hemodiyaliz_hastasinda_karsilasilan_sorunlar.pdf]. Erişim Tarihi: 26.03.2022.
- AKPOLAT T, UTAŞ C (1997). Hepatit Ve Hemodiyaliz: Pratik Bilgiler. *Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı, Konu 28. (Online)*. Türk Nefroloji Derneği Kılavuz ve Kitapları, Erişim: [https://nefroloji.org.tr/uploads/folders/file/hepatit_ve_hemodiyaliz_pratik_bilgiler.pdf]. Erişim Tarihi: 26.03.2022.
- AKTAŞ A, SERTEL-BERK HÖ (2019). Hemodiyaliz Hastalarına Bakım Verenlerde Bakıcı Stres Modelinin Test Edilmesi. *Psikoloji Çalışmaları*, **39**(2): 401-427.
- AKYAR İ, AKDEMİR N (2009). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **16**: 32-49.
- ARCHBOLD PG, STEWART BJ, GREENLICK MR, HARVATH T (1990). Mutuality and Preparedness as Predictors of Caregiver Role Strain. *Research in nursing & health*, **13**(6), 375-384.
- ASSARROUDİ A, GOLAFSHANİ A, AKABERİ A (2011). Relationship Between Spiritual Well-Being and Quality of Life in Nurses. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, **3**(4):81-8.
- AVŞAR U, AVŞAR UZ, CANSEVER Z, YUCEL A, CANKAYA E, CERTEZ H, KELES M, AYDINLI B, YUCELF N (2015). Caregiver Burden, Anxiety, Depression, and Sleep Quality Differences in Caregivers of Hemodialysis Patients Compared With Renal Transplant Patients. *Transplant Proc.*, **47**(5):1388-91.
- AYDEMİR Ç, KASIM İ, CEBECİ S, GÖKA E, TÜZER V (2002). Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar. *Kriz Dergisi*, **10**(2): 29-39.

- AYGÜLER E, AYALP MÇ (2018). Türkiye'deki Evde Bakım Aylığı Düzenlemesine Eleştirel Bir Yaklaşım. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **16**(3):1- 22.
- AYYILDIZ T, ŞENER DK, KULAKÇI H, VEREN F (2012). Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Stresle Baş Etme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **11**(2):1-12.
- BAHAR Z, ELÇİGİL, A, BESER A, KÜÇÜKGÜÇLÜ Ö, UĞUR Ö, SÖYLEMEZ BA (2017). Reliability and Validity of the Turkish Version of the Caregiver Reaction Assessment Scale. *Studies on Ethno-Medicine*, **11**(4), 341-349. <https://doi.org/10.1080/09735070.2017.1387396>.
- BAKIMA MUHTAÇ ÖZÜRLÜLERİN TESPİTİ VE BAKIM HİZMETİ ESASLARININ BELİRLENMESİNE İLİŞKİN YÖNETMELİK (2006). Resmi Gazete, 26244, 30 Temmuz 2006. Erişim: [\[https://www.aile.gov.tr/eyhgm/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/bakima-muhtac-engellilerin-tespiti-ve-bakim-hizmeti-esaslarinin-belirlenmesine-iliskin-yonetmelik/\]](https://www.aile.gov.tr/eyhgm/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/bakima-muhtac-engellilerin-tespiti-ve-bakim-hizmeti-esaslarinin-belirlenmesine-iliskin-yonetmelik/). Erişim Tarihi: 22.04.2022.
- BARDAK S, DEMİR S, ASLAN E, TURGUTALP K, CELİKCAN HD, DOLARSLAN ME, KILIÇARSLAN C, KARASU F, GÜNEŞ AJ, KURT C, KIYKIM A (2019). The Other Side Of The Coin In Renal Replacement Therapies: The Burden On Caregivers. *International Urology and Nephrology*, **51**(2): 343-349.
- BAYRAK B (2019). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Evde Bakım Vericilerine Verilen Eğitimin Bakım Yüküne Ve Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Trabzon.
- BELASCO AG, SESSO R (2002). Burden and Quality of Life of Caregivers for Hemodialysis Patients. *American Journal of Kidney Diseases*, **39**(4), 805-812.
- BERBER K (2014). Akciğer Kanseri Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik Sorunları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- BİLGİÇ N (2020). Kronik Böbrek Hastalıkları ile Diyaliz Birimlerinde Hemşirelerin Maliyet-Etkililik ve Verimliliğe Etkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **15**(1): 23-29.
- BRUENING R, SPERBER N, MILLER K, ANDREWS S, STEINHAUSER K, WIELAND GD, LINDQUIST J, SHEPHERD-BANIGAN M, RAMOS K, HENIUS J, KABAT M, VAN HOUTVEN C (2020). Connecting Caregivers to Support: Lessons Learned from the VA Caregiver Support Program. *Journal of Applied Gerontology*, **39**(4), 368-376.
- BYERS DJ, MONA NW, BEARD TH (2011). Depressive Symptoms and Health Promotion Behaviors of African-American Women Who Are Family Caregivers of Hemodialysis Recipients. *Nephrol Nurs J.*, **38**(5):425-30.
- CARNEY EF (2020). The Impact of Chronic Kidney Disease On Global Health. *Nat Rev Nephrol*, **16**(5): 251.

- CHİOU CJ, CHANG HY, CHEN IP, WANG HH (2009). Social Support and Caregiving Circumstances as Predictors of Caregiver Burden in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **48**: 419-424.
- CHOU KR (2000). Caregiver Burden: A Concept Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, **15**(6): 398-407.
- CURTİN RB, BULTMAN DC, THOMAS-HAWKİNS C, WALTERS BA, SCHATELL D (2002). Hemodialysis Patients' Symptom Experiences: Effects On Physical and Mental Functioning. *Nephrology Nursing Journal*, **29**(6), 562-574.
- ÇEVİK B (2022). Sprituel İyi Oluş ve Hemşirelik; Hemşirelerin Sprituel İyi Oluş Durumlarının Hasta Bakımına ve Kendilerine Yansımaları. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **7**(2): 111-117.
- DAVENPORT A (2006). Intradialytic Complications During Hemodialysis. *Hemodialysis International*, **10**(2), 162-167.
- DAVISON SN (2003). Pain in Hemodialysis Patients: Prevalence, Cause, Severity, and Management. *American Journal of Kidney Diseases*, **42**(6): 1239-1247.
- DEĞER TB, ORDU Y (2021). Eldivan İlçesinde Yaşayan Yaşlılara İnformal Bakım Verenlerin Bakım Yükleri. *OPUS International Journal of Society Researches*, **18**(43): 6764-6789.
- DOĞAN BK, ÖZTÜRK AB (2020). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalar ile Sosyal Destek Algısını Geliştirmeye Yönelik Grup Çalışması. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, **4**(3): 28-36.
- DÖKMEN Z (2012). Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **3**(1): 3-38.
- EFE DÖ (2018). Tip 2 Diyabetli Bireylerin Diyabete Yönelik Tutumlarının ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.
- EKER D, ARKAR H (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, **10**(34): 45-55.
- EKŞİ H, KARDAŞ S (2017). Spiritual Well-Being: Scale Development and Validation. *Journal of Spiritual Psychology and Counseling*, **2**(1): 73-88.
- ERDEM E, KORKMAZ Z, TOSUN Ö, AVCI Ö, USLU N, BAYAT M (2013). Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Bakım Yükü. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, **22**(2): 150-157.
- ERGEN M (2017). Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Antalya.
- ERKURAN H (2015). Alzheimerlı Hastaya Bakım Veren Kişilerin Bakım Yükünün Stresle Başetme Durumlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun.

- ERKURAN H, ALTAY B (2020). Alzheimer'lı Hastaya Bakım Veren Kişilerin Bakım Yükünün Stresle Baş Etme Durumlarına Etkisi. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, **3**(2): 52-58.
- EVGİN D, ERDEM E (2017). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Çocukların Ebeveynlerinin Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. The Ways of Coping Stresss and Levels of Depression of The Parents of Children with Chronic Renal Failure. *Bozok Tıp Dergisi*, **7**(4): 8-16.
- FLEMİNG GM (2011). Renal Replacement Therapy Review: Past, Present and Future. *Organogenesis*, **7**(1), 2-12.
- FOLKMAN S, LAZARUS RS (1980). Orta Yaşlı Bir Toplum Örneğinde Başa Çıkma Analizi. *Sağlık ve Sosyal Davranış Dergisi*, **21**(3): 219-231.
- GARCÍA GG, JHA V (2015). Chronic Kidney Disease in Disadvantaged Populations. *Clinical Kidney Journal*, **8**: 3-6.
- GAYOMALI C, SUTHERLAND S, FINKELSTEIN FO (2008). The Challenge for The Caregiver of The Patient With Chronic Kidney Disease. *Nephrol Dial Transplant*, **23**: 3749-3751.
- GEL KT, KESGİN MT (2017). İnformal Bakım Verenlerin Bakım Yüküne İlişkin Hemşirelerin Görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **20**(4): 267-278.
- GIRGIS A, LAMBERT S, LECATHELINAIS C (2011). The Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers of Cancer Survivors: Development and Psychometric Evaluation. *Psycho- Oncology*, **20**(4): 387-393.
- GİVEN CW, GİVEN B, STOMMEL M, COLLINS C, KING S, FRANKLIN S (1992). The Caregiver Reaction Assessment (CRA) for Caregivers to Persons with Chronic Physical and Mental Impairments. *Res Nurs Health*, **15**: 271-283.
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE (GBD) CHRONIC KIDNEY DISEASE COLLABORATION (2020). Global, Regional, and National Burden of Chronic Kidney Disease, 1990-2017: A Systematic Analysis for The Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet (London, England)*, **395**(10225): 709-733. Erişim: [[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)]. Erişim Tarihi: 13.10.2021.
- GÖKALP C (2021). Farklı Diyaliz Modalitelerinin Hasta Yakını Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri. *Ege Tıp Dergisi*, **60**(1): 32-38.
- GÜLPAK M, KOCAÖZ S (2014). Hemodiyaliz Tedavisi Alanlara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **13**(2): 99-108.
- GÜN S (2017). İnmeli Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişlik ve Stresle Baş Etme Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Samsun.
- GÜNER TA, ERDOĞAN Z, ÖZDEMİR B, ÇOBAN G, AKSU N (2018). Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Bakım Vericilerinin Yaşam Kalitesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **13**(2): 91-97.

- GÜRBÜZ D (2009). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Çocukların Ebeveynlerinin Depresyon Düzeyleri ve Stresle Basa Çıkma Tarzları. Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri.
- GÜRBÜZ S VE ŞAHİN F (2018). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- GÜVEL S, ZÜMRÜTDAL A (2014). Kronik Renal Yetmezlikli Kadınlarda Seksüel Disfonksiyon: Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi ile Değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 5(5): 363-5.
- HACIMUSALAR GD (2005). Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Yakınlarının Yaşadığı Sorunların Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Kayseri.
- HILL NR, FATOBA ST, OKE JL, HIRST JA, O'CALLAGHAN CA, LASSERSON DS, HOBBS FR (2016). Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS One*, 11(7).
- HİNTİSTAN S, DENİZ A (2018). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptom Değerlendirmesi. *Bezmialem Science*, 6: 112-8.
- HONEA NS, BRİTNALL R, GİVEN B, SHERWOOD P, COLAO DB, SOMERS SC, NORTHOUSE LL. Putting Evidence into Practice: Nursing Assesment and Interventions to Reduce Family Caregiver Strain and Burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3): 507-516.
- İLASLAN EA (2009). Hemodiyaliz Hastalarının Bakımından Sorumlu Hasta Yakınlarının Sorunları ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- İNCİ FH, ERDEM M (2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4): 85-95.
- JAFARİ H, EBRAHİMİ A, AGHAEİ A, KHATONY A (2018). The Relationship Between Care Burden and Quality of Life in Caregivers of Hemodialysis Patients. *BMC Nephrology*, 19(1), 1-8.
- KAHRİMAN F, ZAYBAK A (2015). Caregiver Burden and Perceived Social Support among Caregivers of Patients with Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(8), 3313-3317.
- KALAYCI Ş (2010). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- KARAASLAN A (2013). Kanseri Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüğü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.
- KARABULUTLU E, TAN M, ERDEM N, OKANLI A (2005). Hemodiyaliz Hastalarında Stresle Başetme ve Sosyal Destek. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3): 56-66.

- KAYA E (2019). Hastasına Evde Bakım Verenlerde Stres Düzeyi ve Stresle Başa Çıkma Sosyal Desteğin Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Balıkesir.
- KAYA R (2019). Riskli Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ve Spiritüel İyi Oluşlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- KAYNAR GÖ (2016). Kolorektal Kanseri Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
- KDIGO 2012 CLİNICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DİSEASE (2013). Kidney Int Suppl 2013; 3: 1-150.
- KILIÇ G (2018). Yaşlı Hastalara Evde Bakım Veren Bireylerin Sosyal Destek Algıları, Bakım Yükleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Şanlıurfa.
- KOL R (2019). Kronik Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- KÖKEN ZÖ (2018). Böbrek Transplantasyonunda Bakım. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*, 4(2): 149-56.
- KÖMÜRCÜ C (2020). Diyaliz Hastaları ve Bakım Verenlerinde Stresle Baş Etme Stratejileri, Sosyal Destek ve Maneviyat Algısının Travma Sonrası Büyümeye Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Zonguldak.
- KURBUN H, AKTEN İM (2018). Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 27(3): 277-287.
- KUTLU Ö, ERMİN C, AYGİN D (2020). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluşları ile Manevi Bakım Algılarının Değerlendirilmesi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 3(3): 130-142.
- KÜÇÜKGÜÇLÜ Ö (2004). Bakım Verenlerin Yüğü Envanteri'nin Türk Toplumuna İçin Geçerlilik Güvenirliğinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
- KÜÇÜKOĞLU E (2019). Kemoterapi Alan Hastaların Bakım Verenlerinin Karşılanmamış Gereksinimleri, Bakım Yüğü, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.
- LEVEY AS, ECKARDT KU, TSUKAMOTO Y, LEVİN A, CORESH J, ROSSERT J, ZEEUW DD, HOSTETTER TH, LAMEIRE N, EKNOYAN G (2005). Defination and Classification of

Chronic Kidney Disease: A Position Statement From Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney International*, **67** (6):2089-2100.

LOK P (1996). Stresor, Coping Mechanism and Quality of Life Among Dialysis Patients in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, **23**: 873-881.

MASHAYEKHI F, PILEVARZADEH M, RAFATI F (2015). The Assessment of Caregiver Burden in Caregivers of Hemodialysis Patients. *Materia Socio-medica*, **27**(5), 333.

MEHROTRA R, DEVUYST O, DAVIES SJ, JOHNSON DW (2016). The Current State of Peritoneal Dialysis. *Journal of the American Society of Nephrology: JASN*, **27**(11), 3238-3252.

MİNGİR VT (2022). Kanseri Çocukların Ebeveynlerinin Spiritüel İyi Oluş Düzeylerinin ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Denizli.

MONYGOMERY RJV, GONYEA JG, HOOYMAN NR (1985). Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. *Family Relations*, **34**:19-26.

NURKAN A (2020). Yetişkinlerin Spiritüel İyi Oluş Düzeyleri ile Bağlanma Stilleri ve Olumlu Sosyal Davranış Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, İstanbul.

OĞUZ GE, EREK M, DEDE F (2013). Programlı Hemodiyaliz Hastalarında Beslenme ve Malnütrisyon. *İç Hastalıkları Dergisi*, **20**(3): 121-7.

OKÇİN FA, YEŞİLBALKAN ÖU (2020). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yaşam Deneyimlerinin İncelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **6**(1): 1-12.

OPATZ JP (1986). Stevens Point: A Longstanding Program for Students at a Midwestern University. *American Journal of Health Promotion*, **1**(1): 60- 67.

ORTİZ A, COVİC A, FLİSER D, FOUQUE D, GOLDSMİTH D, KANBAY M, MALLAMACI F, MASSY ZA, ROSSIGNOL P, VANHOLDER R, WIECEK A, ZOCCALI C, LONDON GM (2014). Epidemiology, Contributors to, and Clinical Trials of Mortality Risk in Chronic Kidney Failure. *The Lancet*, **383**(9931), 1831-1843.

ÖZBAŞ AA, KILIÇ ST, ÖZ F (2019). Kanseri Tanısı Konan Hastaların Eşleri ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *J Psychiatric Nurs*, **10**(4), 262-269. dx.doi.org/10.14744/phd.2019.37029.

ÖZDEMİR D (2017). Onkoloji Eğitim Hemşireliği Biriminde Eğitim Alan Meme Kanseri Hastalarında Stresle Başa Çıkma Yolları ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.

ÖZKAN ZK, ÜNVER S, ÇETİN B, ECDER T (2019). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sıvı Kontrolüne Yönelik Uyumlarının Belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **14**(1): 10-16.

- ÖZLÜ A, YILDIZ M, AKER T (2009). Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **46**: 38-42.
- PADBERG JR FT, CALLIGARO KD, SİDAWY AN (2008). Complications of Arteriovenous Hemodialysis Access: Recognition and Management. *Journal of Vascular Surgery*, **48**(5), S55-S80.
- PÜRLÜSOY G, SUNAY D, ŞENGİZER T, YALCINTAŞ A (2011). Diyaliz Hastalarının Bakıcılarında Bakım Yüğü ve Depresyon. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **15**(1): 17-23.
- RAFATİ F, MASHAYEKHİ F, DASTYAR N (2020). Caregiver Burden and Spiritual Well-Being in Caregivers of Hemodialysis Patients. *Journal of Religion and Health*, **59**(6), 3084-3096.
- ROBINSON B (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology*, **38**: 344-348.
- ROVERS M, KOCUM L (2010). Development of a Holistic Model of Spirituality. *Journal of Spirituality in Mental Health*, **12**: 2-24.
- SABANCIOĞULLARI S, PINAR ŞE (2020). Kronik Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinin Bakım Yüğü ve Stresle Başa Çıkma Tazları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **23**(1): 109-117.
- SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU (2014). Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2014-2017). Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 946, Ankara, 2014, ss. 1. Erişim: [http://www.tsn.org.tr/pdf/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi.pdf]. Erişim Tarihi: 05.05.2021.
- SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU (2018). Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2018-2023). Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 1117, Ankara, 2018. Erişim: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engellidb/hastaliklar/bobrek_hastaliklari/kitap_ve_makaleler/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi_2018-2023.pdf]. Erişim Tarihi: 24.03.2022.
- SEYAHİ N, ALTIPARMAK MR, SÜLEYMANLAR G (2015). Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2014 Yılı Özet Raporu. *Turk Neph Dial Transpl*, **24**(1): 10-16.
- SHI L, ZHANG H, YANG H, WU D, LI X, ZHANG Y, CHEN X, WANG M (2021). Social Support and Loneliness Among Chinese Caregivers of Children With Chronic Kidney Disease During The COVID-19 Pandemic: A Propensity Score Matching Analysis. *Frontiers in Pediatrics*, **8**: 570535.
- SHIGEMATSU T, OHYA M, NEGI S, MASUMOTO AR, NAKASHIMA YM, IWATANI Y, MORIBATA MK, YAMANAKA S, TATSUTA K, MIMA T (2015). Safety and Efficacy Evaluation of Lanthanum Carbonate for Hyperphosphatemia in End-Stage Renal Disease Patients. In *Chronic Kidney Diseases-Recent Advances in Clinical and Basic Research*, **185**: 42-55.

- SHUKRİ M, MUSTOFAİ MA, MD YASİN MAS, TUAN HADİ TS (2020). Burden, Quality of Life, Anxiety, and Depressive Symptoms among Caregivers of Hemodialysis Patients: The Role of Social Support. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, **55**(6), 397-407.
- SORENSEN S, PİNQUART M, DUBERSTEIN P (2002). How Effective are Interventions with Caregivers? An Updated Meta-Analysis. *The Gerontologist*, **42**(3): 356-372.
- SÜLEYMANLAR G, ATEŞ K, SEYAHİ N (2016). Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon - Registry 2015. Ankara: *Türk Nefroloji Derneği*, 2016, s.; 1-6, 61-94.
- SÜLEYMANLAR G, UTAŞ C, ARINSOY T, ATEŞ K, ALTUN B, ALTIPARMAK MR, ECDER T, YILMAZ ME, ÇAMSARI T, BASCI A, SERDENGECTİ K (2011). A Population Based Survey of Chronic Renal Disease in Turkey - The CREDIT Study. *Nephrol Dialysis Transplantation*, **26**(6): 1862-71.
- ŞAHİN NH, DURAK A (1995). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması. *Psikoloji Dergisi*, **10**(34): 56-73.
- ŞAHİN ZA, POLAT H, ERGÜNEY S (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **12**(2): 1-9.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI VE TÜRK NEFROLOJİ DERNEĞİ ORTAK RAPORU (2019). Türkiye 2019 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu. Ankara: Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti;2020. Erişim: [https://www.nefroloji.org.tr/folders/file/registry_2019.pdf]. Erişim Tarihi: 14.05.2021.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI VE TÜRK NEFROLOJİ DERNEĞİ ORTAK RAPORU (2020). Türkiye’ de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2020 Kayıt Raporu. Ankara: Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti;2021. Erişim: [https://nefroloji.org.tr/uploads/folders/file/REGISTRY_2020.pdf]. Erişim Tarihi: 20.11.2022.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI VE TÜRK NEFROLOJİ DERNEĞİ ORTAK RAPORU (2022). Türkiye’ de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2021 Kayıt Raporu. Ankara: Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti;2021. Erişim: [https://nefroloji.org.tr/uploads/files/REGISTRY_2022.PDF]. Erişim Tarihi: 18.01.2023.
- TANRIVERDİ MH (2010). Kronik Böbrek Yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi*, **2**(2): 27-32.
- THEOFILOU P (2012). Quality of Life and Mental Health in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients: The Role of Health Beliefs. *International Urology and Nephrology*, **44**(1): 245-253.
- THOMAS R, KANSO A, SEDOR JR (2008). Chronic Kidney Disease and Its Complications. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, **35**(2), 329-344.
- TONG A, SAINSBURY P, CRAIG JC (2008). Support interventions for caregivers of people with chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*, **23**(12): 3960-3965.
- TUĞRUL M (2015). Migren ve Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin Bakım Verme Yükleri Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi.

Yüksek Lisans Tezi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Ankara.

TURGAY G, ÖZDEMİR EÇ, ÖKDEM Ş, KAYA S (2020). Hemodiyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizinin Konfor Düzeyine Etkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **15**(1): 16-22.

TÜRK DİL KURUMU (2022). Bakım. *Güncel Türkçe Sözlük*, Erişim Adresi: [<https://sozluk.gov.tr/>]. Erişim Tarihi: 26.03.2022.

TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (TÜİK) (2019). İstatistiklerle Türkiye 2019. Erişim: [https://ec.europa.eu/eurostat/documents/13019146/13268550/Turkey_in_Statistics_2019.pdf/4410e741-905e-dd3f-13d9-bbe062e1f0aa?t=1594737442000]. Erişim Tarihi: 14.12.2022.

TÜRKOĞLU N (2010). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.

UĞUR Ö (2006). Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı, İzmir.

UĞUR Ö, FADİLOĞLU ZÇ (2013). Kanser Hastasına Bakım Verenlere Uygulanan Planlı Eğitimin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, **1**(2): 53-58.

UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM (USRDS) (2020). 2020 USRDS Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2020. Erişim: [<https://usrds-adr.niddk.nih.gov/2020/chronic-kidney-disease>]. Erişim Tarihi: 14.12.2022.

USTA YY, DEMİR Y (2014). Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunluğa Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, **8**(1): 21-27.

UTAŞ C, AKPOLAT T (1997). Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları. *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı* (Online). Türk Nefroloji Derneği Kılavuz ve Kitapları, Erişim: [[https://nefroloji.org.tr/uploads/folders/file/hemodiyalizin_akut_komplikasyonlari\(1\).pdf](https://nefroloji.org.tr/uploads/folders/file/hemodiyalizin_akut_komplikasyonlari(1).pdf)]. Erişim Tarihi: 25.03.2022.

VAROL E, SİVRİKAYA SK (2018). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **8**(2): 89-96.

WEBSTER AC, NAGLER EV, MORTON RL, MASSON P (2017). Chronic Kidney Disease. *The Lancet*, **389**(10075), 1238-1252.

YENİÇERİOĞLU Y, GÜNGÖR Ö VE ARICI M (Ed.) (2019). Temel Nefroloji. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, s.: 285-403.

YILMAZ Ö (2019). Farklı Okul Türlerinde Görev Yapan Öğretmenlerin Spiritüel İyi Oluş Düzeyleri ile Mutluluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, İstanbul.

YORULMAZ ET (2021). Hemşirelerde Spirituel İyi Oluş ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.

YÜRÜĞEN B (1994). Hemodiyaliz Sonrasında Ortaya Çıkan Komplikasyonlar ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, **8**(32): 91-95.

ZARİT SH, REEVER KE, BACH-PETERSON J (1980). Relatives of The Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *Gerontologist*, **20**:649-655.

ZENGİN O, ERBAY E, YILDIRIM B (2018). Anxiety, Coping and Social Support Among Parents Who Have Children With Chronic Kidney Disease. *Konuralp Medical Journal*, **10**(3): 311-317.

ZENGİN O, YILDIRIM B (2017). Hemodiyaliz Hastalarının Psikososyal Sorunlarına İlişkin Algıları. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, **26**(1): 67-73.



EKLER

EK-1. Etik Kurul Kararı

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ**

Karar Tarihi :09/05/2022

Toplantı Sayısı :09

Karar Sayısı :91

91-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi **Doç. Dr. Sevinç Kutlutürkan**'ın danışmanlığını yaptığı, yüksek lisans öğrencisi **Dilek Uyar**'ın "Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı ile Hemodiyaliz Uygulanan Hastalara Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimleri" başlıklı tezi ile ilgili 28/04/2022 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Doç. Dr. Sevinç Kutlutürkan**'ın danışmanlığını yaptığı, yüksek lisans öğrencisi **Dilek Uyar**'ın "Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı ile Hemodiyaliz Uygulanan Hastalara Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimleri" başlıklı tezi ile ilgili COVID-19 salgını nedeniyle; çalışma takviminiz de dahil araştırmanızda oluşabilecek tüm değişikliklerin Etik Kurulumuza yazılı olarak bildirilmesi, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi :06/02/2023

Toplantı Sayısı :02

Karar Sayısı :13

13-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri öğretim üyesi **Doç. Dr. Sevinç KUTLU TÜRKAN** danışmanlığında yapılan yüksek lisans öğrencisi **Dilek UYAR**'ın "Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı ile Hemodiyaliz Uygulanan Hastalara Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimleri" başlıklı 09/05/2022 tarih ve 09/91 sayılı karar ile onay almış olup, 23/01/2023 tarihli dilekçesinde yer alan;

Tez savunma komitesinin oybirliği ile almış olduğu karar doğrultusunda tez çalışması başlığının "Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimleri" olarak değiştirilmesi talebi Etik Kurul değerlendirilmiş ve oybirliği ile uygun olduğuna karar verilmiştir.

EK-2. Kurum İzin Yazısı



T.C.
ZONGULDAK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ZONGULDAK İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ZONGULDAK
TIBBİ CİHAZ VE ECZACILIK BİRİMİ
29/07/2022 12:35 - E-30707382 - 799 - 355



Sayı : E-30707382-799
Konu : Araştırma İzni
Dilek UYAR

DAĞITIM YERLERİNE

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Dilek UYAR'ın 22.07.2022 tarih ve 7559 sayılı dilekçesi Müdürlüğümüz Bilimsel Çalışma Komisyonunda değerlendirilmiştir.

Adı geçen söz konusu başvurusunda Ankara Üniversitesinde Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Dilek UYAR'ın "Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı İle Hemodiyaliz Uygulanan Hastalara Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimleri" konulu Yüksek Lisans Tez Çalışmasını Kdz.Ereğli Devlet Hastanesi, Özel Ereğli Can Diyaliz Merkezi ve Başkent Üniversitesi Kdz.Ereğli Diyaliz Merkezinde uygulayabilmeyi talep etmektedir.

Planlanan çalışmalarda kişisel veri ya da başka bir deyişle kişilik mahremiyet hakkını ihlal edecek hiçbir bilginin kullanılmaması kaydıyla çalışmanın yapılması Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür. Ayrıca, bilimsel araştırma projesinin hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip etmediğinin tetkiki, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Ertuğrul GÜNER
İl Sağlık Müdürü

Ek: Yazı örneği(30 Sayfa)

Dağıtım:
Zonguldak Kdz. Ereğli Devlet Hastanesi Başhekimliği
Başkent Üniversitesi Kdz.Ereğli Diyaliz Merkezi
Özel Ereğli Can Diyaliz Merkezi

Öntemimiz Mah. Belediye Bulvarı No:25/2 Merkez Zonguldak Zonguldak İl Sağlık Alanıdır.

Bilgi için: ZEYNEP SEN

Telefon: Faks No: 0372 222 51 03

e-Posta: zeynep.sen@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ZONGULDAK İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ TIBBİ CİHAZ VE ECZACILIK
BİRİMİ(zonguldak.tibbicihaz@saglik.gov.tr)

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 372) 222 01 51



EK-3. Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmanın Adı: Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Destek
Bakım Gereksinimleri

“Sayın gönüllü,

Yüksek Lisans Tezi kapsamında planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.”

Bu çalışma; hemodiyaliz tedavisi alan hastalara bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları, algıladıkları sosyal destek ve ruhsal (manevi) iyi oluşları ile birlikte fiziksel bakımdan da gereksinim duydukları desteklerin belirlenmesi amacıyla yürütülmektedir. Kronik böbrek hastalığı olup hemodiyaliz uygulanan hastaların bakım gereksinimleri bakım verenleri tarafından karşılanmaktadır. Hastaların hastalık ve tedavi sürecinde yaşadığı yan etkiler ve duygusal sorunlar bakım veren bireyi de etkilemekte ve bakım veren bireyler duygusal, sosyal, ekonomik ve fiziksel yönden zorlanmaktadır. Bu araştırmayı hastanıza bakım verirken gereksinim duyduğunuz destek alanlarını belirlemek amacıyla yapıyoruz. Gereksinim duyduğunuz alanları belirlemek size nasıl yardımcı olabileceğimizi anlamada ve hastanıza daha iyi bakım vermede katkı sağlayacaktır. Gereksinimlerinizi belirlemede bazı soru ve maddeler içeren form ve ölçeklerin uygulanması 30 dakika sürecektir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma, Başkent Üniversitesi Kdz. Ereğli Diyaliz Merkezi, Özel Ereğli Can Diyaliz Merkezi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Kdz. Ereğli Devlet Hastanesi Diyaliz Merkezi adında 3 adet diyaliz merkezinde yapılacaktır. Veriler gönüllülerin sağlıklarının korunabilmesi adına T.C. Sağlık Bakanlığı Covid-19 Rehberi güncel önerileri çerçevesinde her bir gönüllü ile diyaliz merkezlerinde belirlenen bir odada birebir görüşme ortamı sağlanarak, maske, sosyal mesafe, hijyen kuralları vb. önlemlere dikkat edilerek toplanacaktır. 2 farklı gönüllü aynı anda aynı ortamda bulundurulmayacak ve görüşmeler arasında oda havalandırılacaktır. Araştırmaya 2 aylık süre içinde (01/08/2022 - 01/10/2022) ulaşılabilecek 250 bakım veren kişinin katılması planlanmaktadır. Çalışma süresi ve sonunda sizlere herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizlerden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır. Herhangi bir sorunuz olduğunda sorumlu araştırmacı Dilek UYAR’a [REDACTED] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim.

Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Tarih:

Bakım Verici Adı Soyadı:
İmza:

Hasta Adı-Soyadı:
İmza:

EK-4. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu

1. Yaşınız :.....

2. Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek

3. Eğitim durumunuz:

a) Okur-yazar değil

b) Okur-yazar

c) İlkokul

d) Ortaokul

e) Lise

f) Üniversite

g) Yüksek Lisans

4. Mesleğiniz: a) Ev hanımı b) Memur c) İşçi d) Serbest meslek e) Emekli f) Diğer
(Açıklayınız).....

5. Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar c) Eşi vefat etmiş/ Boşanmış

6. Çocuğunuz var mı?

a) Evet (Evetse kaç tane yazınız).....

b) Hayır

7. Ekonomik durumunuzu nasıl tarif edersiniz?

a) Gelir giderden az

b) Gelir gideri karşılıyor

c) Gelir giderden fazla

8. Kronik böbrek yetmezliği tanısını ne zaman aldınız?

.....

9. Kronik böbrek yetmezliği dışında tanı konulmuş başka bir hastalığınız var mıdır?

a) Evet (Evetse ne kadar süredir hangi hastalığınız olduğunu belirtiniz.)

.....

b) Hayır

10. Ne kadar süredir (kaç aydır) hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz?

..... ay

11. Haftada kaç kez hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz? Belirtiniz.

.....kez

12. Ailede yaşadığınız kişi sayısı kaçtır?

a) Yalnız b) 2 kişi c) 3 kişi d) 3'ten fazla

13. Ailede bakımınıza en uzun süre yardımcı olabileceğini düşündüğünüz kişi sayısı kaçtır?

a) 1 b) 2 c) 3 d) 3'ten fazla

14. Ailede bakımınıza en uzun süre yardımcı olabileceğini düşündüğünüz kişiler kimlerdir?

(13.soruya b,c ve d şıkkı ile yanıt verildiyse birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

a) Eş b) Çocuk c) Kardeş d) Yakın akraba e) Formal bakıcı f) Diğer.....

EK-5. Bakım Veren Tanıtıcı Özellikler Formu

1. Yaşınız :.....

2. Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek

3. Eğitim durumunuz:

a) Okur-yazar değil

b) Okur-yazar

c) İlkokul

d) Ortaokul

e) Lise

f) Üniversite

g) Yüksek Lisans

4. Mesleğiniz: a) Ev hanımı b) Memur c) İşçi d) Serbest meslek e) Emekli f) Diğer
(Açıklayınız).....

5. Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar c) Eşi vefat etmiş/ Boşanmış

6. Çocuğunuz var mı?

a) Evet (Evetse kaç tane yazınız)

b) Hayır

7. Ekonomik durumunuzu nasıl tarif edersiniz?

a) Gelir giderden az

b) Gelir gideri karşılıyor

c) Gelir giderden fazla

8. Herhangi bir tanı konulmuş hastalığınız var mıdır?

a) Evet (Evetse ne kadar süredir hangi hastalığınız olduğunu belirtiniz.)

.....

b) Hayır

9. Hastaya yakınlık dereceniz nedir?

a) Eşi

b) Çocuğu

c) Kardeşi

d) Annesi-babası

e) Akrabası

f) Diğer

(Açıklayınız).....

10. Kronik böbrek yetmezliği tanılı hemodiyaliz uygulanan hastanıza ne kadar süredir
(kaç aydır) bakım veriyorsunuz?

..... ay

11. Günde ortalama kaç saat bakım veriyorsunuz?

12.Sizin dışınızda kronik böbrek yetmezliği tanılı hemodiyaliz uygulanan bireye bakım verebilecek biri var mıdır?

- a) Evet (Evetse kim/ kimlerdir? Açıklayınız).....
b) Hayır

13. Hastaya bakım verdiğinizden beri fiziksel düzeyde sorun/sorunlar yaşadınız mı?

- a) Evet (Evet ise yaşadığınız sorunlara “X” işareti koyunuz.) b) Hayır

Yorgunluk	
İştahta azalma	
İştahta artma	
Kilo kaybı	
Kilo alma	
İshal	
Kabızlık	
Uyku sürecinde bozulma	
Kişisel bakımda değişim	
Bel ağrısı	
<i>Diğer (Varsa yaşadığınız diğer fiziksel sorunları yan taraftaki boşluğa yazınız.)</i>	

EK-6. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için **GENELLİKLE NELER YAPTIĞINIZI** hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına, ya da tanımlama derecesine göre diğerlerinin altındaki boşluğa (X) işareti koyun.

Bir sıkıntı olduğunda.....	Sizi ne kadar tanımlıyor			
	% 0	% 30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2- İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3- Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4- Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım	()	()	()	()
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim	()	()	()	()
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	()	()	()	()
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum	()	()	()	()
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	()	()	()	()
13- İş olacağına varır diye düşünürüm	()	()	()	()
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	()	()	()	()
15- Problemin çözümü için adak adarım	()	()	()	()
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	()	()	()	()
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	()	()	()	()
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	()	()	()	()
19- Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım	()	()	()	()
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	()	()	()	()
21- Mücadeleden vazgeçerim	()	()	()	()
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	()	()	()	()
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	()	()	()	()
25- “keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	()	()	()	()
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim	()	()	()	()
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm	()	()	()	()
28-“Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	()	()	()	()
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	()	()	()	()
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	()	()	()	()

EK-7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

EK-8. Üç Faktörlü Spiritüel İyi Oluş Ölçeği (SİÖÖ)

	Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz. Numaraların anlamları: (1) Bana Hiç Uygun Değil (2) Bana Uygun Değil (3) Bana Biraz Uygun (4) Bana Oldukça Uygun (5) Bana Tamamen Uygun Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.	Bana hiç uygun değil	Bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana oldukça uygun	Bana tamamen uygun
1.	İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	Bir problemle karşılaştığımda Allah'ın yardımını hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Allah'ın gizli ve açık tüm duygu ve düşüncelerimi bildiğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Hayatımda büyük bir boşluk var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Günlük hayatta Allah'ın kudretine şahit olurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Allah'ın beni sevdiğine ve önemseydiğine inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Yeryüzündeki tüm canlılara iyi davranırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Hayattan zevk almam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Hayatımın her anında Allah'ın varlığını hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.	Daha güçlü bir varlığa sığınma duygusu beni rahatlatır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.	Yaşadığım her olayda bir hayır olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.	İnancım, nasıl bir hayat süreceğime dair bana yol gösterir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18.	Yeryüzündeki bütün canlıların hakları benim için önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19.	Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.	Yalnız kaldığımda Allah'ı ve yarattıklarını düşünürüm (tefekkür ederim).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.	İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü artırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22.	Doğayla uyum içinde yaşarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23.	Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.	İnancım, yaşadığım sıkıntılarda dahi olumlu tarafların olabileceğini görmemi sağlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25.	Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26.	Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27.	Her şeyin elimde olmadığını bilmek üzüldüğüm olaylar karşısında bir teselli kaynağıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28.	Yeryüzündeki her doğal varlığın eşsiz olduğuna inanırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29.	Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Ek-9. Ölçek Kullanım İzin Yazıları

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Kullanım İzni

Gelen Kutusu x



Dilek Uyar

Alıcı: gulsenturk

27 Nis 2022 22:08 (6 saat önce)



Sayın Gülşen Hanım,

Ben Dilek Uyar. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisiyim. "Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı ile Hemodiyaliz Uygulanan Hastalara Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimleri" adlı yüksek lisans tez çalışması kapsamında Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'ni kullanmayı planlamaktayım. Ölçeğin kullanım izni için Nesrin H.Şahin hocama 2 farklı mail adresine

mail gönderdim fakat geri dönüş alamayınca diğer tezlerde iletişim bilgisi olarak sizin mail adresinize ulaştım ve size danışmak istedim. İzniniz olursa Nesrin H.Şahin Hanım'ın sorumlu yazarı olduğu Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Sizden gelecek olumlu yanıtı bekliyorum.

Teşekkürler,

Saygılarımla.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Kullanım İzni

Gelen Kutusu x



Dilek Uyar

Sayın Gülşen Hanım, Ben Dilek Uyar. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisi

27 Nisan Çar 22:08 (5 saat önce)



Gulsen T.

Alıcı: ben

00:57 (3 saat önce)



Merhaba Dilek ,

Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeğini araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını, puanlama anahtarını ve ölçeğin ilk sayfasındaki kaynakçayı da kullanmanızdır. Ekte, söz konusu ölçekle ilgili yayını da gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Nesrin Hisli Sahin, PhD

Adjunct Professor

School of Psychology & Counseling

Fairleigh Dickinson University

285 Madison Ave

Madison, NJ 07940

e-mail.

3 Ek



Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni

Gelen Kutusu x



Dilek Uyar

Sayın hocam, Ben Dilek Uyar. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisiyim.

26 Nisan Sal 17:06 (21 saat önce)



haluk arkar

Alıcı: ben

10:05 (4 saat önce)



Sayın Dilek Uyar,

Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Haluk Arkar

Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği Kullanım İzni

Gelen Kutusu x



Dilek Uyar <

Alıcı: selamikardas

26 Nisan Sal 17:13 (21 saat önce)



Sayın hocam,

Ben Dilek Uyar. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisiyim. "Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı ile Hemodiyaliz Uygulanan Hastalara Bakım Verenlerin Destek Bakım Gereksinimleri" adlı yüksek lisans tez çalışması kapsamında Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'ni kullanmayı planlamaktayım. Ölçeğin kullanılması için izin alınmasına gerek olmadığını ve ölçeğin kullanıldığı araştırmanın referans bilgilerinin gönderilmesinin beklendiğini belirtmişsiniz. Bu kapsamda size bilgi vermek amacıyla bu maili yazmaktayım. Çalışmam sonlandığında da gerekli bilgileri sizinle paylaşacağımı bildirmek isterim.

Teşekkürler,

Saygılarımla...



Virüs bulunmuyor. www.avast.com



Selami Kardaş

Alıcı: ben

01:29 (13 saat önce)



Merhaba, çok teşekkürler, kolaylıklar dilerim.

Selamlar.