

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMODİYALİZ VE SÜREKLİ AYAKTAN
PERİTON DİYALİZİ UYGULANAN HASTALARIN
STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

Duygu HİÇDURMAZ

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2005

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMODİYALİZ VE SÜREKLİ AYAKTAN
PERİTON DİYALİZİ UYGULANAN HASTALARIN
STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

Duygu HİÇDURMAZ

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Fatma ÖZ**

ANKARA

2005

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

Bu çalışma jürimiz tarafından Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Gülümser Kubilay
Hacettepe Üniversitesi



Danışman: Prof. Dr. Fatma Öz
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Doç. Dr. Hatice Fesci
Gazi Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç Dr. Nermin Gürhan
Gazi Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Fahriye Ofraz
Gülhane Askeri Tıp Akademisi



ONAY:

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Hakan S. Orer

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Fatma Öz, tez danışmanım olarak çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde yol gösterici ve destekleyici katkılarda bulunmuştur.

Başkent Üniversitesi Hastanesi, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi, Gazi Üniversitesi Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde ilgili bölümlerin sorumluları araştırmamı uygulamama izin vermiş, araştırmanın yapıldığı kliniklerde çalışan tüm sağlık personeli çalışmanın uygulanmasında destek sağlamış ve araştırmaya katılan tüm hastalar değerli katılımlarıyla katkıda bulunmuşlardır.

Tez çalışmalarım süresince ailem ve arkadaşlarım sevgi, anlayış ve sabırla destek olmuşlardır.

ÖZET

Hiçdurmaz, D., Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların stresle baş etme biçimlerinin belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005. Bu araştırma, hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların stresle baş etme biçimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Başkent, Hacettepe, Gazi ve Ankara Üniversitesi Hastaneleri'nden seçilen 212 hemodiyaliz ve 149 SAPD hastası oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak “Hemodiyaliz Hasta Bilgi Formu”, “SAPD Hasta Bilgi Formu” ve “Stresle Baş Etme Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; her iki hasta grubunda da en sık kullanılan baş etme biçiminin dine yönelme olduğu, SAPD hastalarının hemodiyaliz hastalarına göre etkin baş etmeyi daha fazla kullandığı saptanmıştır. Hemodiyaliz hastalarında çalışan, gelir düzeyini iyi olarak algılayan, aldığı hemodiyaliz eğitimini yeterli olarak değerlendiren, ruhsal destek alan hastaların daha çok etkin baş etme biçimlerini; eğitim düzeyi düşük, yetersiz destek aldığını düşünen hastaların ise daha çok etkin olmayanları kullandıkları saptanmıştır. SAPD hastalarında emekli hastalar daha çok etkin; eğitim düzeyi düşük, çalışmayan, ruhsal desteği olmayan, yetersiz destek aldığını düşünen hastalar ise daha çok etkin olmayan yöntemleri kullanmaktadırlar. Bu sonuçlar doğrultusunda, içeriğinde hemşirelere hastaların baş etme biçimlerinin nasıl değerlendirileceğinin ve müdahale edileceğinin öğretilebileceği hizmet-içi eğitim programları önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği, hemodiyaliz, sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD), stres, baş etme.

ABSTRACT

Hiçdurmaz, D., Coping strategies of hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) patients, Hacettepe University Institute of Health Sciences, Master Thesis in Psychiatric Nursing, Ankara, 2005. The aim of this study is to determine coping strategies of hemodialysis and CAPD patients. 212 hemodialysis and 149 CAPD patients who were chosen from Başkent, Hacettepe, Gazi and Ankara University Hospitals constitutes the sample of the study. “Hemodialysis Patient Information Form”, “CAPD Patient Information Form” and “Ways of Coping Inventory” were used as data collection equipments. Test of Significance Between Two Means and One Way Analysis of Variance were used for data analysis. According to the study results; mostly used coping strategy in both groups is turning towards religion, CAPD patients use effective coping strategies more than hemodialysis patients. In hemodialysis patient group, patients who have a job, perceive their income level as good, assess taken hemodialysis education as adequate, take psychological support use more effective coping; patients whose education level is lower and who perceive inadequate support use more ineffective coping strategies. In CAPD patient group, patients who are retired use more effective coping; patients whose education level is lower, who perceive inadequate support, don’t work, don’t have psychological support use more ineffective coping strategies. In direction of these results, in-service education programmes for nurses in which it can be taught to nurses how to assess and intervent to patients’ coping styles are suggested.

Key Words: Chronic renal failure, hemodialysis, continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD), stress, coping.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğine İlişkin Genel Bilgiler	6
2.2. KBY'nin Tedavisi	6
2.3. Diyaliz Tedavisi	6
2.4. Hemodiyaliz Tedavisi	7
2.4.1. Hemodiyaliz Tedavisine Bağlı Fiziksel Sorunlar	8
2.4.2. Hemodiyaliz Tedavisine Bağlı Psikososyal Sorunlar	8
2.4.3. Hemodiyaliz Tedavisine Bağlı Psikiyatrik Sorunlar	10
2.5. Periton Diyalizi Tedavisi	11
2.5.1. SAPD Tedavisine Bağlı Fiziksel Sorunlar	13
2.5.2. SAPD Tedavisine Bağlı Psikososyal Sorunlar	13
2.5.3. SAPD Tedavisine Bağlı Psikiyatrik Sorunlar	14
2.6. Stres ve Kriz	14
2.7. Stresle Baş Etme	16
2.7.1. Baş Etme Kavramının Tanımı	16
2.7.2. Baş Etme Kaynakları	16
2.7.3. Baş Etmenin Özellikleri ve İşlevleri	17
2.8. Baş Etme ve Ruhsal Sorunlar	18
2.9. Hemodiyaliz ve SAPD Tedavisi Uygulanan Hastalarda Stresörlerle Etkin	19
Baş Etmenin Sağlanması Hemşiresinin Rolü	

3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Şekli	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	22
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	24
3.4. Verilerin Toplanması	26
3.4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	26
3.4.2. Ön Uygulama	29
3.4.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	29
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	30
4. BULGULAR	31
4.1. Hemodiyaliz ve SAPD Tedavisi Uygulanan Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri	31
4.2. Hemodiyaliz ve SAPD Tedavisi Uygulanan Hastaların Stresle Baş Etme Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamaları ve Kullandıkları Etkin ve Etkin Olmayan Stresle Baş Etme Biçimleri	37
4.3. Hemodiyaliz ve SAPD Tedavisi Uygulanan Hastaların Etkin ve Etkin Olmayan Stresle Baş Etme Biçimleri İle Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri	39
5. TARTIŞMA	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
6.1. Sonuçlar	74
6.2. Öneriler	76
KAYNAKLAR	78
EKLER	
EK 1. Hemodiyaliz/SAPD Tedavisi Uygulanan Hastaların Stresle Baş Etme Biçimlerinin Belirlenmesi Adlı Araştırmanın Yazılı Onam Formu	
EK 2.A. Hemodiyaliz Hasta Bilgi Formu	
EK 2.B. SAPD Hasta Bilgi Formu	
EK 3. Stresle Baş Etme Ölçeği	
EK 4. Hastanelerden Çalışmanın Yapılması İçin Alınmış Olan İzin Belgeleri	
EK 5. Ek Tablolar	
EK 6. Özgeçmiş	

SİMGELER VE KISALTMALAR

GFH: Glomerüler Filtrasyon Hızı

KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği

KLP: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi

SAPD: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (CAPD- Continuous Ambulatory
Peritoneal Dialysis)

TABLOLAR

	Sayfa
4.1.1. Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların sosyodemografik özellikleri	31
4.1.2. Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların hastalığa ilişkin özellikleri	34
4.1.3. Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların evde birlikte yaşadığı kişiler	36
4.2.1. Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların stresle baş etme ölçeği alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı	37
4.2.2. Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların etkin ve etkin olmayan stresle baş etme biçimlerinin puan ortalamalarının dağılımı	38
4.3.1. Hastaların eğitim durumuna göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı	40
4.3.2. Hastaların çalışma durumuna göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı	42
4.3.3. Hastaların algılanan gelir durumuna göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı	44
4.3.4. Hemodiyaliz hastalarının eğitim alma durumuna göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı	46
4.3.5. Hemodiyaliz hastalarının eğitimi değerlendirme durumlarına göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı	46
4.3.6.a. Hastaların desteğin değerlendirilmesine göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı	47
4.3.6.b. Hastaların destek tiplerine göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı	47
4.3.7. Hastaların yaşa göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı	49
4.3.8. Hastaların cinsiyete göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı	49
4.3.9.a. Hastaların medeni duruma göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı	51

4.3.9.b. Hastaların evlilik süresine göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı	51
4.3.10. Hastaların çocuk varlığına göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı	53
4.3.11. Hastaların ailede başka diyaliz gören bireyin varlığına göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı	55
4.3.12. Hastaların başka kronik hastalık durumuna göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı	57
4.3.13. Hastaların diyaliz süresine göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı	59
4.3.14. Hemodiyaliz hastalarının haftalık seans sayısına göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı	60

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Kronik hastalıklar yaşam boyu devam eden, sürekli tedavi, kontrol ve bakım gerektiren, bireyde yetersizlik ve sakatlıklara neden olabilen hastalıklardır. Günümüzde modern tıptaki gelişmeler ve modern toplumun getirdiği yaşam değişiklikleri gibi nedenlerle kronik hastalıklar dünyada ve özellikle sanayileşmiş ülkelerde büyük bir sağlık sorunu haline gelmiştir (105). Amerika’da 34.2 milyon insanın kronik hastalıklara bağlı aktivite sınırlılıkları yaşadığı bildirilmektedir (35). Ülkemizde kesin sayı bilinmemekle birlikte kronik hastalık oranının giderek arttığı tahmin edilmektedir.

Kronik hastalıkların işlevlerde yol açtığı her bir değişim ya da azalma daha ileri fiziksel, duygusal ve sosyal uyum gerektirmektedir (17). Hastalık ne kadar çok işlev kaybına neden olursa, uyum sorunları ve buna bağlı olarak da psikososyal ve psikiyatrik sorunlar ortaya çıkmaktadır (84).

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) işlev kayıplarının, yaşam tarzında değişikliklerin, dolayısıyla uyum sorunlarının ve psikiyatrik sorunların fazla yaşandığı kronik hastalıklar arasında yer almaktadır (84). Bu hastalık; böbrek işlevlerinin geriye dönüşsüz olarak bozulmasıyla; üremi olarak adlandırılan; hipertansiyon, anemi, büyüme-gelişme geriliği, kaşıntı, sıvı-elektrolit dengesizlikleri gibi, pek çok sistemin işlevlerinin bozulmasına ilişkin belirtilerin ortaya çıktığı, ilerleyici ve uzun süreli bir hastalıktır (13).

Tıp bilimi ve teknolojiadaki gelişmeler KBY’inde çeşitli tedavi biçimlerinin ortaya çıkmasını sağlamıştır. KBY tedavisinde böbrek transplantasyonu ve diyaliz olmak üzere iki tedavi biçimi bulunmaktadır. Böbrek transplantasyonu hastalar tarafından en çok tercih edilen tedavi biçimi olmasına karşın, organ bağıışı yetersizliği nedeniyle yeterli sayıda böbrek bulunamamakta ve transplantasyonun uygulanması engellenmektedir (43). Diyaliz tedavisi, bazı hastalara yaşam boyu, bazılarına ise transplantasyon gerçekleştirilene kadar uygulanmaktadır. Diyaliz tedavisi son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda yaşam süresini uzatmış ve yaşam kalitesini ise göreceli olarak arttırmıştır. Ancak KBY’nde diyaliz tedavisi kesin değil, palyatif bir çözümdür. Bu nedenle, diyaliz böbreğin metabolik ve

endokrin fonksiyon kayıplarını ve altta yatan böbrek hastalığının doğal seyrini değiştirmemekte yalnızca geciktirmektedir (105). Diyaliz tedavisi; hemodiyaliz ve periton diyalizi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Periton diyalizi; aralıklı, otomatik ve sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) olmak üzere üç şekilde uygulanabilmektedir. Ancak günümüzde aralıklı ve otomatik periton diyalizi yöntemlerine göre, SAPD uygulamasında sürekli artış görülmektedir. Bunun nedenleri; SAPD'nin basit ve kolay uygulanabilir olması, arterio-venöz fistül gereksiniminin olmaması, hastada kardiyovasküler stabilite sağlanması, biyokimyasal parametrelerin sabit oluşu, daha aktif ve özgür yaşam olanağı, çalışma ve okula devam olanaklarının artması, diyet kısıtlamalarının daha az olması, üniteye sık aralarla gitme gerekliliği olmaması, maliyetinin düşük olması, makine, elektrik, su ve teknik ekip gerektirmemesidir (8).

Öte yandan SAPD tedavisinin bireyin tedavisini kendi başına yürüttüğü ve zaman alan bir tedavi biçimi olması nedeniyle, hastalar öz-bakım sorumluluklarının artmasına bağlı olarak kaygı ve depresyon yaşayabilmektedirler (105). Hastalar ayrıca abdominal kateter, tüpler, torba ve karında sıvı varlığı nedeniyle, beden imajında bozulma, kateterin psikolojik olarak seksüel performansı engellemesi nedeniyle cinsel işlev sorunları yaşamaktadırlar (108).

KBY'nde kullanılan hemodiyaliz ise hastadan alınan kanın hemodiyaliz makinesinden geçirilerek metabolik artıklardan temizlenmesi ve tekrar hastaya verilmesi işlemidir. Hemodiyalizde makineye yeterli kan akımını sağlayabilmek için kolda fistülün açılması nedeniyle o koldan tansiyon ölçülememesi, hastanın o kola sıkı ya da dar elbiseler giyememesi gibi bazı sınırlamalar getirilmektedir (13). Bu sınırlamalar ve bedende korunması gereken fistülün olması, bireyin beden imajında bazı değişimlere, dolayısıyla psikososyal sorunlara neden olmaktadır.

Hemodiyaliz tedavisi yalnızca gerekli teknik olanakların ve eğitilmiş ekibin bulunduğu ünitelerde uygulanabilmektedir. Bu üniteler sağladıkları teknik olanaklar nedeniyle pahalıdır ve hastaya ekonomik maliyeti daha fazladır. Ayrıca bu üniteler çoğunlukla büyük şehirlerde bulunmaktadır ve bu nedenle hastalara ünitelere yakın yerlerde yaşama zorunluluğu getirmektedir. Bu nedenle hastalar ünitelerin olduğu yerlere aileleriyle birlikte ya da ailelerinden ayrı olarak taşınmak zorunda kalabilmektedirler.

Hemodiyaliz hastaları psikososyal sorunların yanında psikiyatrik sorunlar da yaşayabilmektedirler. Ortaya çıkan psikiyatrik sorunlar genellikle uyum ve davranış bozuklukları, organik beyin sendromları, anksiyete ve cinsel işlev bozuklukları ve depresyondur (25, 31, 69, 84). Kalp-damar hastalıkları, anemi ve güçsüzlük, gastrointestinal sorunlar, enfeksiyon, nöropati, kaşıntı; tedavi sırasında görülen hipotansiyon, hava embolisi, ağırlı kas krampları, bulantı-kusma ise hemodiyaliz tıbbi komplikasyonlarıdır (40). Bu tıbbi ve psikiyatrik sorunlar birbirini karşılıklı olarak etkilemekte, tıbbi sorunlar psikiyatrik sorunların, psikiyatrik sorunlar da tıbbi sorunların artışına neden olabilmektedir.

Hemodiyaliz ve SAPD hastalarının psikososyal sorunları sıklıkla hastalığın bilinmezliği ve yaşamlarında oluşan zorunlu değişimlerle ilgilidir (105). KBY’nde hissedilen ölüm korkusu, fiziksel gücün ve dayanıklılığın kaybedilmesi, ekonomik açıdan güçlüklerin yaşanması, diyet ve sıvı alımının kısıtlanması ve tıbbi tedaviye bağımlılık hastada bu hastalığın aşırı bir stresör olarak algılanmasına da neden olabilmektedir (83). Bu durumda diyaliz tedavisi gören bireylerin benlik saygısı zedelenmekte ve benlik kavramı olumsuz etkilenmektedir. Hastanın, rollerini yerine getirmesi ve cinsel işlevlerindeki değişim nedeniyle aile sürecinde bazı sorunlar yaşanabilmektedir. Bu durumlarda baş edememe sonucunda güçsüzlük, kontrol kaybı ve kendine yönelik şiddet riski artar. Bireyin yaşamındaki denge durumunun bozulmasına neden olan bu sorunlar hastalardaki yoğun stresin ve baş edememenin önemli göstergeleri olarak değerlendirilebilir.

Diyaliz tedavisine bağlı olarak ortaya çıkan bu stresörler hasta birey tarafından gerçekçi biçimde algılanabilirse, yeterli ve uygun durumsal destek sağlanırsa ve etkin baş etme mekanizmaları mevcutsa hastalar yaşamlarını yeniden yapılandırarak dengeyi kurabilir ve böylece krizin oluşması önlenir. Ancak bu dengeleyici faktörlerden birinin veya birkaçının olmaması durumunda birey sorunları çözemez ve kriz oluşabilir (2).

Krizin önlenbilmesinde etkili baş etme önemlidir. Baş etmenin etkili olmadığı durumlarda hastalarda uyum sorunları ve ruhsal sorunlar görülebilmektedir. Diyaliz hastalarında yüksek oranda görülen uyum sorunları, anksiyete, depresyon ve diğer psikiyatrik sorunlar (1, 23, 57, 73, 90, 94, 95, 111) baş etmenin yetersizliğine ve etkin olmamasına işaret etmesi açısından önemlidir.

Hastaların sorunlarla etkili baş edebilmesi ekonomik ve psikososyal kaynaklarını harekete geçirerek uygun biçimde kullanabilmelerini sağlayabilmektedir. Bu durum tedavi başarısını arttırmakta, maliyeti azaltmakta; rol kayıplarına ve değişimlerine uyum sağlayabilmelerini, böylece öz-saygılarının artmasını, beden imajının daha olumlu algılanmasını, cinsel sorunların azalmasını, aile yaşamında ve sosyal yaşamda dengeyi yeniden kurmalarını sağlayabilmektedir. Böylece hastaların yaşamı daha kaliteli bir hale gelebilmektedir.

Diyaliz hastalarının engellerine karşın kaliteli bir yaşam sürmesi ve ruhsal sorunların önlenmesi bu grupla çalışan hemşirelerin rehabilitasyon ve koruyuculuk rollerini yerine getirmesi ile gerçekleşir. Ancak tedavi kurumlarında hemşirelerden daha çok fiziksel bakım beklenmesi, hemşirelerin de kendilerini yalnızca bu rolde görmeleri hastaları psikososyal açıdan değerlendirmeyi engelleyerek fiziksel bakıma yönelmeye neden olabilmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalar da bu alanda çalışan hekim ve hemşirelerin uzun dönemli diyaliz tedavisine ilişkin güçlükleri tam olarak anlayamadıklarını (29) ve ulaşılabilecek sağlık ve rehabilitasyon düzeyi ile ilgili gerçek dışı inançlara sahip olduklarını ortaya koymaktadır (78).

Hemşirelik hastayla doğrudan etkileşim kurulan ve sürekli hizmet verilen bir meslektir. Hemşire, hemodiyaliz hastalarının haftada 2-3 kez 4-6 saat süreyle üniteye olması ve SAPD hastalarının eğitim sürecinin uzun olması ve sık kontrolleri nedeniyle hastalarla en fazla birlikte olan ekip üyesidir. Bu konumlarıyla hemşireler fiziksel ve psikososyal olarak hastaları değerlendirebilme, bu doğrultuda riskleri saptayarak, koruyucu ve rehabilite edici aktiviteleri düzenleyebilme konusunda kilit bir roldedir. Diyaliz ünitelerinde çalışan hemşireler pek çok teknik işi yerine getirmeyle sorumlu olduklarını bilmekle birlikte, diyaliz hemşireliğinin ayrıcalığı özelliğinin hastanın deneyimini “diyalizle yaşayan bir birey” olarak değerlendirmekte ve hastaları anlayabilmekte yattığını da bilmelidirler (88). Hemşireler bu alandaki güçlerini ve fırsatlarını kullanarak, diyaliz hastalarının yaşadıkları stresörlerle baş etme biçimlerini değerlendirerek riskli hastaları erken dönemde yakalayıp etkili baş etme biçimlerinin geliştirilmesinde bakım verme yanında danışmanlık ve eğitim rollerini de üstlenebilirler.

Son yıllarda diyaliz tedavisi biçimlerinin gelişimiyle ortaya çıkan SAPD'nin daha az fiziksel kısıtlamaya yol açması ve hastaların daha az zamanını alması

nedeniyle hemodiyalize göre daha az psikososyal ve psikiyatrik sorunlara yol açacağı düşüncesiyle yapılan bir araştırmada iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (97). Her iki hasta grubu da psikososyal ve psikiyatrik sorunlar için risk grubu olduğu için baş etme yönünden değerlendirmeleri önemlidir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Diyaliz, KBY tedavisinde sürekli olarak veya transplantasyon gerçekleştirile kadar kullanılan tedavi biçimidir. Daha önce de değinildiği gibi, altta yatan kronik böbrek hastalığına ilişkin bulgular ve diyaliz tedavisine bağlı değişimler bireyin yaşamında fiziksel ve psikososyal olarak pek çok stresör ortaya çıkarmaktadır. Bu aşamada bireyin stresle baş etme biçimleri psikiyatrik sorunların ortaya çıkmasında belirleyici olmaktadır. Stresle baş etmesi etkin olan bireyler bu sorunları krize dönüştürmeden çözümleyebilirken baş edemeyen bireyler kriz yaşamakta ve psikiyatrik sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle, stresle etkili baş etme psikososyal ve psikiyatrik sorunları önleyerek, bireyin tedaviye uyumunu arttırmakta, yaşamını daha kaliteli hale getirmekte, komplikasyonları azaltmakta, tedavi başarısını arttırmakta, birey ve ülke için maliyeti azaltmaktadır. Bu nedenle, stresle baş etme alanında yapılacak araştırmaların hemşirelerin diyaliz hastalarını bütüncül olarak değerlendirebilmelerini, riskleri erken dönemde saptayarak sorunlar ortaya çıkmadan, uygun aktiviteleri planlamalarını sağlayacak teorik alt yapıyı oluşturacağı düşünülmektedir.

Bu nedenle, bu çalışmada hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların stresle baş etme biçimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğine İlişkin Genel Bilgiler

KBY, glomerüler filtrasyon hızı (GFH)'nda azalma sonucunda böbreğin sıvı-elektrolit dengesini düzenleme işlevinin ve metabolik-endokrin fonksiyonlarının geri dönüşsüz ve ilerleyici biçimde bozulması ile karakterize bir sendromdur (6, 105).

2.2. KBY'nin Tedavisi

Kronik böbrek yetmezliğinde bozulan böbrek fonksiyonlarını tedavi ile eski haline getirmek olanaksız olduğu için tedavi amaçları böbrek fonksiyonlarını ve homeostazisi olabildiğince devam ettirmek, komplikasyonları engellemek ve oluştuğunda tedavi etmektir (3, 13).

KBY'nde hastalık erken devrede yakalanabilirse, diyet ve ilaç düzenlemeleri ile semptomlar kontrol edilmeye çalışılır ancak bu düzenlemeler homeostazisi sürdürmede yeterli olmadığında, diyaliz tedavisi veya transplantasyona gerek duyulmaktadır.

2.3. Diyaliz Tedavisi

KBY'nde diğer tedavi şekli olan diyaliz; kan ve diyaliz sıvısı arasında sıvı ve elektrolitlerin yüksek konsantrasyondan düşük konsantrasyona doğru yarı-geçirgen bir zardan geçmesi ilkesine dayanır (13). Böbrek fonksiyon kaybı dönüşümsüz olduğunda, yaşamın sürdürülmesi için sürekli olarak veya transplantasyon yapılmasına karar verilen hastalara ameliyat tarihine kadar diyaliz tedavisi uygulanmaktadır(3).

KBY'nde diyaliz tedavisi için endikasyonlar şunlardır (3, 103):

- Dirençli hiperkalemi; serum potasyumunun 6.5 mmol/L' nin üzerinde olması,
- Ciddi asidoz; bikarbonat düzeyinin 15 mmol/L' nin altında olması,
- Semptomatik üremi; konfüzyon, hıçkırık gibi belirtilerin görülmesi,
- Perikardit,
- Pulmoner ödem ya da ilerleyici sıvı birikimi,

- Diyabetikler için GFH'nın 15 ml/dk'dan büyük veya eşit olması, diyabetik olmayanlar için 10ml/dk'dan küçük olmasıdır.

Diyaliz tedavisi, hemodiyaliz ve periton diyalizi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Hasta için yukarıda anlatılan tedavi biçimlerinin seçiminde hastalık etyolojisi; hastalığın evresi; eşlik eden başka hastalıkların varlığı; yaşı; psikolojik, sosyal ve ekonomik durumu ve kişisel tercihi gibi pek çok faktör dikkate alınmaktadır. Ülkemizde bu bilgiler ışığında kullanılan tedavi biçimlerinin oranlarına bakıldığında hemodiyaliz tedavisi %76.8 ile birinci sırayı alırken, onu %11.7 ile transplantasyon ve %11.5 ile periton diyalizi izlemektedir (44).

2.4. Hemodiyaliz Tedavisi

Hemodiyaliz tedavisinin amaçları; toksik nitrojenöz maddeleri ve fazla sıvıyı kandan uzaklaştırmaktır (105).

Hemodiyaliz tedavisi hastanın kanının hemodiyaliz makinesinden geçirilerek fazla sıvı ve metabolik artıklardan temizlenmesi ve tekrar hastaya verilmesi işlemidir (3, 13).

Hemodiyaliz tedavisinde en önemli nokta makineye yeterli kan akımının sağlanmasıdır. Bu amaçla hastaya fistül açılmakta ya da internal arteriovenöz greft kullanılmaktadır (3, 7).

Fistül cerrahi yolla bir arter ve venin birbirleriyle doğrudan birleştirilmesi (anastomozu)dir. Fistüllerin kanama, pıhtılaşma, enfeksiyon gibi komplikasyonları bulunmaktadır (3, 13).

Her iki yöntemin de kanama, enfeksiyon, pıhtılaşma gibi ortak komplikasyonları vardır. Bu komplikasyonların önlenmesi; bireyin girişim olan bölgeyi travmalardan koruması, o bölgeden kan basıncı ölçülmemesi veya kan alınmaması, o kol ile ağır kaldırmaması, üzerini sıkkan saat, giysi kolu v.s. olmaması, fistül ayak üzerinde ise uzun süre ayakta kalmaması gibi sınırlılıklara neden olmaktadır (13).

Uygun vasküler yol ile kanın gönderildiği hemodiyaliz aracı çeşitli bölümlerden oluşmaktadır. Bunlar; diyalizer (membran), diyaliz tedavisi için gerekli su ve su sistemi, diyaliz solüsyonu (diyalizat), diyaliz makinesi, kan pompası,

diyaliz solüsyonunu ileten sistemler ve monitörlerdir. Hemodiyaliz işlemi sırasında vasküler yoldan gelen arteriyel kan diyalizer içine pompalanır. Diyalizer içinde yarı geçirgen membran görevi yapan selefön tüpler vardır ve çevresinden üre ve artık ürünler hariç, kan ile aynı bileşimde olan diyalizat akar. Selefön, plazmadaki proteinler hariç, diğer maddelerin her iki yönde, plazmadan diyaliz sıvısına veya diyaliz sıvısından plazmaya geçişine imkan verecek düzeyde porlu yapıdadır (3). Membranın porlarından geçebilen maddeler diffüzyon ve ultrafiltrasyon olmak üzere iki tip hareket göstererek normal böbrekten iki kat hızlı biçimde diyalizata geçerler. Diyalizat sistemden birkaç kez geçerek atılır ve böylece kanın metabolik artık ve fazla sıvıdan temizlenmesi sağlanmış olur (3, 7).

Hemodiyaliz bireylere haftada 2-3 kez, 4-5 saat süreyle uygulanmakta ve kan kimyasında hızlı düzelme sağlamaktadır (3).

Hemodiyaliz tedavisi nedeniyle hastalar birçok zorunlu değişim yaşamakta, bu değişimler fiziksel, psikiyatrik ve psikososyal olarak pek çok soruna neden olmaktadır.

2.4.1. Hemodiyaliz Tedavisine Bağlı Fiziksel Sorunlar

Hemodiyaliz tedavisinin fiziksel komplikasyonları akut ve kronik olarak ikiye ayrılmaktadır. Akut fiziksel komplikasyonları; hipotansiyon, kramplar, baş, sırt ve göğüs ağrısı, kanama, lökopeni, hava embolisi, elektrolit dengesizlikleri, diyaliz dengesizliği sendromu ve aritmilerdir. Kronik komplikasyonları ise; kardiyovasküler hastalıklarda hızlanma, hipertansiyon, üremik kemik hastalığı, perikardit, alüminyum intoksikasyonu, plevral effüzyon, vasküler yol enfeksiyonları ve tromboz, diyaliz demansı, hepatit B, hepatit C, pruritis ve anemidir (3, 7).

2.4.2. Hemodiyaliz Tedavisine Bağlı Psikososyal Sorunlar

Daha önce değinildiği gibi, hemodiyaliz hastalarının psikososyal sorunları sıklıkla hastalığın bilinmezliği ve hastalığın yaşamlarında neden olduğu çoklu değişimlerle ilgilidir (105). Hastalığın neden olduğu yaşam değişimleri değer verilen uğraşların ve ilgilerin hastalık nedeniyle kısıtlanmasına, böylelikle ödüllendirici deneyimlerin sınırlandırılmasına ve yaşam niteliğinin düşmesine neden olmaktadır. KBY’nde hissedilen ölüm korkusu, fiziksel güç ve dayanıklılığın kaybedilmesi, iş

kayıbı veya zorunlu emeklilik nedeniyle ekonomik açıdan güçlükler yaşanması, rol kayıpları veya değişimler, diyet ve sıvı alımının kısıtlanması ve tıbbi bağımlılık hastaların yaşamında hastalığın ve diyaliz tedavisinin neden olduğu değişimlerdir (83).

Hemodiyaliz hastalarında cinsel sorunlar da fiziksel ve psikolojik faktörlerin etkileşimi nedeniyle sıklıkla görülmektedir. Kadınlarda menstruasyonun kesilmesi kadınlık fonksiyonlarının azaldığı inancını geliştirmekte ve muhtemelen bu da libido azalmasına neden olmaktadır (94). Kadın hastalarda cinsel ilişki sıklığında ve orgazmda azalma saptanmıştır (73, 95). Erkeklerde ortaya çıkan empotansın organik nedenler dışında önemli bir nedeni de hastanın hem idrar yapma hem de seks organı olarak kullandığı penisinin işlevlerinden birini yitirmiş olmasının, hastada sanki diğer işlevin de bozulması gerektiği düşüncesine yol açmasıdır (90).

KBY süreci aile ve evlilik yaşamında pek çok değişikliğe yol açmakta, strese neden olmaktadır (83). Hasta ve eşlerin diyaliz tedavisine psikososyal uyumlarını inceleyen bir çalışmada hem hastalar hem de eşler arasında psikososyal sıkıntı ve psikososyal uyum problemlerinin yüksek olduğu, hasta ve eşlerin hastalığa bir bütün olarak tepki verdikleri bulunmuştur (106). Bu durum KBY'nin sadece bireyin hastalığı olmaktan çıkıp ailenin de hastalığı haline geldiğini düşündürmektedir. KBY hasta ve eşlerinin psikolojik iyiliği ve evlilik ilişkisi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir başka çalışmada hastalığın yaşam tarzında neden olduğu değişimler arttıkça evlilikte üstlenilen rollere ilişkin stres ve psikolojik iyilik arasındaki ilişkinin özellikle diyaliz gruplarında arttığı gösterilmiştir (20).

Greene (53) hemodiyaliz hastalarını uyumları açısından tedavide geçen süreleri itibarıyla üçe ayırmış ve ilk 3-4 aylık periyodu “balayı”, takip eden 6 aylık dönemi (3-9 ay) “cesaretin kırılması”, 8. ve 9. aylardan sonrasını ise uzun dönem adaptasyon olarak isimlendirmiştir. Ancak yapılan çalışmalar psikososyal sorunların ve bunlarla baş etme güçlüğüne bu uyumu güçleştirdiğini göstermektedir. Telaferli (112) uyum ve prognoz üzerine etkili ruhsal faktörleri araştırdığı çalışmasında, hastaları tedaviye uyumlarına göre iki gruba ayırmış ve uyum bozukluğu gösterenlerde psikiyatrik bulgulara daha sık rastlandığını belirtmiştir. Hemodiyaliz hastalarında psikolojik uyumu inceleyen De-Nour (28) ise hastaların aileleri ile

sosyal ilişki ve aktivitelerinde önemli derecede, boş zamanı değerlendirici aktivitelerinde ise büyük ölçüde azalma olduğunu saptamıştır.

2.4.3. Hemodiyaliz Tedavisine Bağlı Psikiyatrik Sorunlar

Tüm kronik fiziksel hastalıklar gibi KBY ve hemodiyaliz hastalarında da en sık görülen psikiyatrik sorunların başında anksiyete gelmektedir (69). Hastalarda haftanın belli günleri, belli saatler içinde makineye bağlı kalmaktan dolayı anksiyeteli uyum bozukluklarının ortaya çıkabildiği ve bunun haftalık diyaliz sayısı ile doğru orantılı olduğu bildirilmiştir (25, 31). Özatalay (82)'ın hemodiyaliz hastalarındaki anksiyeteye ilişkin çalışmasında ise hastalığın günlük yaşantıyı, evlilik ilişkisini ve aile bireyleriyle ilişkiyi olumsuz etkilediği, anksiyetenin gelir düzeyi düşük olanlarda, üç aydan kısa süredir diyalize girenlerde daha yüksek olduğu, ayrıca diyaliz öncesi anksiyetenin diyaliz sonrası anksiyeteden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

KBY hastalarında sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardan bir diğeri depresyondur (30, 66, 69, 96). KBY'deki depresyonu açıklayan modellerden psikodinamik görüş depresyonu hastaların karşı karşıya kaldıkları kayıplara gösterdikleri yas reaksiyonu (69) olarak; davranışçı görüş ise öğrenilmiş çaresizlik (30) olarak açıklamaktadır. KBY kanserle birlikte depresyon ve intiharın en fazla görüldüğü hastalıkların başında gelmektedir (37). Abram ve diğ. (1) yaptıkları bir çalışmada ölümle sonuçlanan intihar girişimlerine, hemodiyaliz programına devam etmeme ve bilinçli olarak tedavi kurallarına uymama sonucu oluşan ölümler de eklendiğinde intihar sıklığının normal popülasyonun yaklaşık 400 katı olduğunu saptayarak, hemodiyaliz hastalarının yaklaşık %5'inin intihar davranışı gösterdiğini ileri sürmüşlerdir.

Cöngevel (24) tarafından hemodiyaliz hastalarında depresyon ve intihar düşüncesine etkili faktörlerin araştırıldığı çalışmada; böbrek hastalığı ve diyaliz süresinin uzaması, düşük eğitim düzeyi, artmış umutsuzluk, düşük olarak algılanan aile ve arkadaş desteği, eşlik eden diğer fiziksel hastalıklar ve kalabalık ailede yaşıyor olmanın depresyon ve intihar düşüncesini etkilediği saptanmıştır. Bu sonuç, bu faktörlerin var olması durumunda baş etmenin olumsuz yönde etkileneceğini, böylece depresyona ve intihar düşüncesine neden olabileceğini düşündürmektedir.

Hemodiyaliz hastalarında ruhsal sorunların varlığını diğer gruplarla karşılaştırarak inceleyen pek çok çalışma yapılmıştır. Coşkunol ve diğ. (23)'nin çalışmasında hemodiyaliz hastalarında depresyon, anksiyete, somatizasyon ve hostilitenin sağlıklı gruba göre daha fazla olduğu saptanmıştır. İnce (57) tarafından hemodiyaliz hastalarıyla romatoid artritli hastaların ruhsal bozukluklar açısından karşılaştırıldığı bir başka çalışmada kişiler arası duyarlık, depresyon, uyku-iştah bozuklukları, suçluluk duygusu, öfke ve pişmanlık duyguları, paranoid düşünceler, obsesif-kompulsif reaksiyonlar gibi önemli ruhsal belirtilerin her iki hasta grubunda da bulunduğu, ancak bu belirtilerin hemodiyaliz hastalarında daha yoğun bir şekilde yaşandığı görülmüştür.

2.5. Periton Diyalizi Tedavisi

Periton diyalizi hastaların periton boşluğuna yerleştirilen bir kateter aracılığıyla diyaliz işleminin gerçekleştirildiği bir yöntemdir. Periton yüzeyi 22.000 cm³ genişliğindedir ve yarı geçirgen zar görevini görür (3, 105).

Periton diyalizinin amaçları; toksik ve metabolik ürünleri (üre, kreatinin) vücuttan uzaklaştırmak, normal sıvı ve elektrolit dengesini yeniden sağlamaktır (3, 105).

Peritoneal kateterin yerleştirilmesi özel bir işlemle, ameliyathane şartlarında gerçekleştirilir. Periton diyalizinde sıvı değişimi süreci; diyalizatın infüzyonu, içeride bekletilmesi ve drenajı aşamalarından oluşur. Her seans 1-4 saat sürmektedir. Bu süre diyalizat sıvısının içeride kalma süresine göre değişiklik göstermektedir. Seans sayısı da hastanın fiziksel durumuna ve hastalığının seyrine göre planlanmaktadır (3).

Periton diyalizi yavaş fakat etkilidir ve daha az akut problemleri olan ya da değişken hemodinamik durumu olan hastalar için uygundur. Bu yöntem yavaş çalışmaktadır ve klinik acil durumlarda diğer diyaliz yöntemleri kontrendike olmadıkça tercih edilmemektedir (3).

Periton diyalizi aralıklı, sürekli ayaktan ve otomatik periton diyalizi olmak üzere üç şekilde uygulanabilmektedir.

Aralıklı periton diyalizi, diyaliz solüsyonunun peritona verilir 20 dakika sonra geri alınması şeklinde, 48 saat boyunca sürekli devam eden bir diyaliz şeklidir (13).

Otomatik periton diyalizi, diyaliz değişimlerinin önceden programlanmış bir makine yardımıyla gerçekleştirildiği periton diyalizi yöntemidir (32, 117).

Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD), diyaliz solüsyonunun periton boşluğunda sürekli olarak bulunması (günde 24 saat/ haftada 7 gün) ilkesine dayanan, hastanın evde kendi kendine diyaliz uyguladığı bir yöntemdir. Standard SAPD’de 2-2.5 litrelik diyaliz solüsyonu peritonda 5-6 saat bekletildikten sonra geri alınmakta ve yerine taze solüsyon konmaktadır. Gece verilen solüsyon ise hastanın rahatça dinlenebilmesi için 8-10 saat karında kalabilmektedir. Günde toplam 4 değişim yapılmaktadır (8-10 lt/gün) (8). Bireyin tedavisini tamamen kendisinin yürüttüğü bir yöntem olan SAPD’de hastanın hazır oluşluğu ve eğitimi büyük önem kazanmaktadır (13).

Hemodiyalize göre büyük araç, kapalı alan, teknik ekip gereksinimlerine gerek olmadan sürdürülebilecek bir tedavi şekli olarak görülmesine karşın, SAPD temin edilmesi daha zor olan şeyler gerektirebilmektedir. Bunlardan biri bu tedavi şeklini uygulamayı gerçekten bilen, doğru zamanda doğru seçimi yapabilecek doktor ve periton diyalizi hemşiresi, diğeri ise sağlık personelinin aldığı bilgiyi titizlikle kullanabilecek kadar disiplinli, katılımcı karakterde hasta veya yerine göre hasta yakınıdır. Hasta seçiminde doktor ve özellikle periton diyalizi hemşiresi hastaya uygulamayı ve bu diyaliz türünün temel prensiplerini belli bir eğitim programı çerçevesinde anlatmalı, anlatılanların hasta tarafından titizlikle uygulanabileceğine emin olmadıkça hasta SAPD programına kabul edilmemelidir. Eğitim hasta periton diyalizi programına başladıktan sonra da devam etmelidir. Hasta ile periton diyalizi hemşiresinin her an iletişimini sağlayabilecek standart telefon ya da cep telefonu gibi araçlar mutlaka temin edilmelidir. Periton diyalizi hemşiresi hastayı yeterince sık ve düzenli olarak evinden telefonla aramalı, gerektiğinde hasta hemşireye gecikmeden ulaşabilmelidir. Bu sağlanamazsa, tedavinin komplikasyonları getirdiği yararları çok kısa süre içinde gölgeler ve sonuç iki tarafı da memnun edici olmaktan uzaklaşır (7).

Hemodiyaliz tedavisi gibi SAPD tedavisi de hastalara birçok zorunlu değişim yaşatmakta, bu değişimler fiziksel, psikiyatrik ve psikososyal olarak pek çok soruna neden olmaktadır.

2.5.1. SAPD Tedavisine Bağlı Fiziksel Sorunlar

SAPD tedavisinin akut komplikasyonları; peritonit, kateter çıkış yeri enfeksiyonu, tünel enfeksiyonu, kateter tıkanması, diyalizat sızıntısı, hidrotoraks, hipervolemi, potasyum metabolizması bozuklukları, kanama, bağırsak ve mesane perforasyonudur. Kronik komplikasyonları ise ultrafiltrasyon kaybı, hiperlipidemi, obezite ve aterojenik değişiklikler, diyalizatla protein kaybı ve herni oluşumudur (3, 7).

2.5.2. SAPD Tedavisine Bağlı Psikososyal Sorunlar

Hemodiyaliz hastaları gibi, SAPD hastalarının da psikososyal sorunları sıklıkla hastalığın bilinmezliği ve yaşamlarında neden olduğu değişimlerle ilgilidir. Bu nedenle özellikle SAPD'nin başlangıcında hastalar tüm gün boyunca değişim yaptıkları, hiç boş zamanları olmadığı ve öz-bakım sorumluluklarının altında ezildiklerini hissettikleri için kaygı ve depresyon yaşayabilmektedirler (105). Kaya (60) tarafından SAPD hastalarının kaygı düzeylerini etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada SAPD'nin günlük yaşantısına engel olduğunu ifade eden hastalarda durumluk kaygı puanları yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada, hastaların fonksiyonel yeterlikleri azalıp ailelerine bağımlılıkları arttıkça ve günlük yaşam aktivitelerini yapabilme oranları azaldıkça kaygılarının arttığı bulunmuştur.

SAPD tedavisi gören bireylerin yaşamlarının sınırlanmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olan hastalık ve tedaviye bağlı zorunlu yaşam değişimleri; hemodiyalize göre daha az olmakla birlikte diyet ve sıvı alımının kısıtlanması, fiziksel güç ve dayanıklılığın kaybedilmesi, iş kaybı veya zorunlu emeklilik gibi faktörler nedeniyle ekonomik açıdan güçlükler yaşanması, rol kaybı veya rol performansında değişim, aile sürecinde değişim, eğlence aktivitelerinin sınırlanmasıdır (83).

Daha önce değinildiği gibi, SAPD hastaları abdominal kateter, tüpler, torba ve karındaki sıvının varlığı nedeniyle beden imajında değişim, kateterin psikolojik

olarak seksüel performansı etkilemesi nedeniyle cinsel işlevde değişim yaşamaktadırlar. SAPD hastalarında cinsel yaşantıyı değerlendiren kapsamlı bir çalışmada; 68 SAPD hastasının %63'ünün SAPD'e başladıktan sonra hiç cinsel ilişkiye girmediği, %19'unun bir veya iki kez cinsel ilişkiye girdiği, geriye kalan %18'inin normal ilişki sıklıklarında fazla değişim olmadığı ancak bu grubun büyük bir kısmında da ereksiyon, ejakülasyon ve orgazm güçlükleri yaşandığı tespit edilmiştir (108).

2.5.3. SAPD Tedavisine Bağlı Psikiyatrik Sorunlar

SAPD'nin yaygın biçimde kullanılmaya başlaması yeni bir uygulama olduğu için, psikiyatrik tablolarla ilişkisi hakkında yapılan klinik çalışmalar hemodiyalize oranla daha sınırlıdır.

Diyaliz hastalarında depresyonun incelendiği bir çalışmada, hastaların yaklaşık olarak %6'sında majör depresyon, %8'inde ise distimik bozukluk görüldüğü saptanmıştır (25). Ancak yakın zamanda yapılan bir başka çalışmada ise, periton diyalizi hastalarının üçte birinin depresif bulguları olduğu ortaya konmuştur (42).

Yukarıda değinildiği gibi, hemodiyaliz ve SAPD tedavilerinin hastaların yaşamında yol açtığı zorunlu yaşam değişimleri stresör olarak algılanmakta, stresle etkili biçimde baş edilemezse kriz ortaya çıkmaktadır.

2.6. Stres ve Kriz

Stres çevredeki bir değişim tarafından başlatılan, bireyin dinamik denge durumu için bir tehdit, mücadele ya da zarar verici olarak algılanan bir durumdur. Bu durumu yaratan değişim ya da uyaran ise stresör olarak tanımlanmaktadır.

Hemşirelik araştırmalarında stresi tanımlamada üç teorik yaklaşım kullanılmaktadır (11, 74). Bu yaklaşımlardan ilki Hans Selye (101, 102)'ye aittir ve "yanıt modeli" olarak adlandırılmaktadır. Selye, stresi bedenin yapısına bakılmaksızın her hangi bir talebe spesifik olmayan yanıtı olarak tanımlar. Bu yanıt Genel Adaptasyon Sendromu olarak adlandırılan bir seri fizyolojik reaksiyonu içerir.

Bir diğerk teorik yaklaşım ise stresi; bir uyaran ya da tepkinin nedeni olarak tanımlar ve “uyaran modeli” olarak adlandırılır. Bu teoriye göre, stres bireye dışarıdan gelmekte, yaşam olayları hastalığın nedenini oluşturmaktadır. Bu bağlamda stres, bireylerin hastalığa karşı hassasiyetini arttıran, hazırlayıcı ve hızlandırıcı bir faktördür (92).

Üçüncü yaklaşım stresi bir etkileşim olarak tanımlayan “etkileşimsel model”dir. Bu modelde kişiyle çevre arasında, kişi-çevre ilişkisine geri bildirim sağlayan bir etkileşim vardır. Bu modelin sıklıkla Richard Lazarus’a ait olduğu ifade edilmektedir. Lazarus ve Folkman (68), psikolojik stresi birey ve çevre arasında bireyin kaynaklarını ölçen ve onun iyi oluş halini tehlikeye sokan özel bir ilişki olarak tanımlamaktadır. Hemşirelik araştırmaları etkileşimsel modeli, uyaran ve yanıt modellerine göre daha fazla kullanmaktadırlar.

Çeşitli biçimlerde tanımlanan stresli olay ortaya çıktığında, bireydeki denge durumunun bozulmasına sebep olur. Eğer olayların gerçekçi biçimde algılanması, yeterli durumsal destek ve yeterli başa çıkma mekanizmalarından oluşan dengeleme faktörleri mevcutsa denge yeniden kazanılarak kriz önlenir. Ancak bu dengeleme faktörlerinden bir ya da daha fazlasının olmaması durumunda sorun çözümlenemez ve kriz ortaya çıkabilir (2).

Caplan’a göre kriz; homeostatik dengenin fizyolojik veya psikolojik kuvvetlerle tehdit edilmesi durumunda alışlagelmiş problem çözme yöntemleri ile duruma hakim olunamayınca ortaya çıkan durumdur. Caplan’ın teorisinde “kriz” kavramı tehdit edici durumun kendisi değil, bireyin buna duygusal tepkisidir (100).

Kriz yaşayan bireylerde oluşan gerilim bir süre sonra iç ve dış kaynakları harekete geçiren bir uyaran gibi işlev görür ve yaşanan olayın yeniden gözden geçirilmesine, durumsal destek sağlanmasına, yeni yöntemlerin baş etmede kullanılmasına ve krizin çözümlenme olasılığında artışa yol açabilir. Kriz çözümlenemezse dengesizlik ve gerilim durumu sürerek ruhsal sorunlara sebep olabilir ancak krizin çözümlenebilmesi bireyin ve ailenin büyüme, olgunlaşma ve gelecekteki yaşam sorunlarını daha iyi ele alması için bir fırsattır (81).

Bireylerin yaşamlarında dönüm noktası olarak da adlandırılan krizler; gelişimsel, durumsal ve sosyal krizler olmak üzere değişik başlıklar altında toplanmıştır. Gelişimsel krizler; adölesan dönem ya da evlilik gibi gelişimsel süreç

tamamlanırken duygusal olgunluğu yakalamada yapılan girişimlerle ilgilidir. Sosyal krizler; büyük kitleleri etkileyen yangın, deprem, sel gibi doğal olaylarla, hava kirliliği, savaş ve nükleer kazaları içerir. Durumsal krizler ise; sağlığın bozulması, iş kaybı, sevilen birinin kaybı gibi bireyin psikolojik, biyolojik ve sosyal bütünlüğünü tehdit eden travmatik stresli olayların yaşanması ile ortaya çıkar (87). KBY ve diyaliz tedavisi de bireylerde iş kaybı, ekonomik sorunlar, diyet ve sıvı sınırlaması, beden imajında değişim, rol kayıpları ve değişimleri, cinsel işlevde değişim, bağımlılık gibi çok nedenli bir durumsal kriz oluşturmaktadır.

KBY ve diyaliz tedavisi nedeniyle hastaların yaşamında ortaya çıkan stresörler ve bunlara bağlı krizler ile etkili baş edilemezse uyum sorunları ve ruhsal sorunlar ortaya çıkabilir. Bu nedenle stres yaratan durumlarla baş etme, bu hasta grubunda çok önemli bir kavramdır.

2.7. Stresle Baş Etme

2.7.1. Baş Etme Kavramının Tanımı

Baş etme kavramı, stres gibi, anlamında fikir birliğine varılmış bir kavram olmayıp, çok sayıda fenomeni altında toplayan kompleks bir yapı olarak tanımlanabilir. Baş etme, çevreden ve içten gelen istekler ve çatışmaları kontrol etmek için yapılan davranışsal ve bilişsel çabalardır. Baş etme için en önce gerekli olan şey, kişiyi tehdit edici veya sıkıntı verici bir olayın varlığıdır. Baş etme, stresli yaşam olayını takiben gelişen otomatik, biyolojik temelli davranışlar değil, bilinçli, amaçlı olarak yapılan davranışlar ve bilişsel değişikliklerdir (68).

2.7.2. Baş Etme Kaynakları

Kişinin ve çevresinin karakteristik özellikleri baş etme kaynakları olarak tanımlanmaktadır. Bunlar (68):

- Bireyin psikolojik özellikleri: Benlik kavramı, üstünlük duygusu, sosyal yetenekleri, sentezleme yeteneği vb.
- Bireyin sosyal çevresinin özellikleri: Sosyal destek derecesi, iş çevresinin özellikleri, kurumsal, kültürel, politik kaynaklar vb.
- Bireyin fiziksel kaynakları: Mali kaynaklar, mesleki itibar vb.

Baş etme kaynakları, stresörleri daha etkili biçimde ele almayı, stresörler için daha az yoğunlukta tepkiler vermeyi, daha hızlı iyileşmeyi sağlayan ve bireyde var olan kaynak ve tutumlardır. Bunların tehdit edici veya sıkıntı verici bir olayla karşılaşan bireyin davranışlarını ve bilişsel süreçlerini etkilemekte stresörlerin etkisini azaltan bir tampon görevi yaptığı düşünülebilir (52). Bu ifadeyi destekleyen biçimde, Billings ve Moos (12), düşük sosyal kaynakları olan kişilerin etkisiz bir baş etme yöntemi olan kaçınmayı yüksek sosyal kaynakları olanlardan daha fazla kullandıklarını ileri sürmüşlerdir.

2.7.3. Baş Etmenin Özellikleri ve İşlevleri

Baş etme, bireyin kaynaklarının kullanımında, bilişsel ve davranışsal değerlendirme sonucunda yapılan değişimleri ifade eder. Bu tanımlama şu üç özelliği içermektedir (48);

1. Baş etme süreç yönelimlidir.
2. Baş etme, kişinin belli bir çerçevede düşündüklerini ve yaptıklarını ifade eden bir yaklaşımdır. Yani baş etmede sadece kişisel çıkarlar rol oynamaz, aynı zamanda o özel durumun birey tarafından algılanması da stratejiyi belirlemede önemlidir.
3. Baş etmenin sonucu tahmin edilemez. Baş etmede çabaların sonucu değil, çaba sarfetmek önemlidir.

Baş etme sürecinde karşılaşılan olaylar değerlendirilirken, geçmiş deneyimler ilk basamaktır. Stresli olayın geçmiş deneyimler ışığında değerlendirilmesinden sonra, olayın tehdit etme derecesi belirlenir. İkinci basamak psikolojik savunmalardır. Ardından fizyolojik reaksiyonlar gelir. Son basamak baş etme yollarını kullanmaktır. Psikofizyolojik aktivasyonla baş etmede başarılı olduğunda semptomlar düzelir. Başarısızlık durumunda ise hastalık ortaya çıkar (52).

Baş etme iki temel işleve sahiptir;

1. Sıkıntı yaratan problemi değiştirmek veya yönetmek
2. Probleme karşı oluşan duygusal yanıtları düzenlemek

Bunlardan birincisine “problem odaklı baş etme”, ikincisine ise “duygu odaklı baş etme” denir (46). Problem odaklı baş etme; bilişsel problem çözme, karar

verme, kişiler arası anlaşmazlıkları çözümleme, öğüt alma, amaç belirleme, zamanı iyi değerlendirme yöntemlerini içerirken, duygu odaklı baş etme; olayın anlamını değiştirmeye yönelik bilişsel çabalar, bilişsel yeniden şekil verme, sosyal benzetmeler, en aza indirme, olayları iyi yönüyle görme gibi yöntemleri içermektedir (52). Araştırmalar kişinin her türlü stresli olayda, her iki baş etme yolunu birlikte kullandığını göstermiştir (46, 47).

Bazı kaynaklarda duygu odaklı baş etme yöntemlerine etkin olmayan yöntemler denilmiştir. Bu yöntemlerin her zaman ve her durumda kullanımının bireylerin problemleriyle baş etmesini olumsuz etkileyebileceği, bu yöntemlerin problemin yarattığı duygusal etkilerin azaltılması ve problem odaklı yöntemlerin harekete geçirilmesi için güç kazanılan dönemde kullanılması önerilmiştir (48).

Baş etme yönteminin seçiminde bireyin olaya ilişkin değerlendirmesi önemlidir. Eğer bir olay değiştirilebilir olarak değerlendiriliyorsa problem odaklı baş etme, değiştirilmeye uygun olmadığı ancak tolere edilmesi gerektiği düşünülüyorsa duygu odaklı baş etme yöntemleri kullanılmaktadır (109).

2.8. Baş Etme ve Ruhsal Sorunlar

Daha önce de değinildiği gibi, bireylerin yaşamlarındaki stres ve krizlerle baş etme biçimleri ruhsal sorunların ortaya çıkışını etkilemektedir.

Literatürde hangi baş etme yöntemi kullanımının ruhsal sorunları ortaya çıkardığı tam olarak netleşmemesine rağmen, bilgiler kriz durumunda olay gerçekçi biçimde algılanmadığı, yeterli durumsal destek olmadığı ve uygun baş etme yöntemleri kullanılmadığında krizin çözülemediğini ve ruhsal sorunlara neden olabildiğini ortaya koymaktadır (2).

Gök (52) tarafından anksiyete bozukluğu ve depresyon tanısı almış hastalarla sağlıklı grubun kullandığı baş etme yöntemlerinin karşılaştırıldığı çalışmada; aktif baş etme, planlama, olumlu tarzda yeniden yorumlama gibi etkin baş etme yöntemlerinin sağlıklı bireylerde anlamlı derecede fazla kullanıldığı, alkol/ilâç kullanımı, dine yönelme gibi etkin olmayan yolların ise hasta grubunda sık kullanıldığı tespit edilmiştir. Bu çalışma ruhsal sorunlarla baş etme yöntemi seçimi arasındaki ilişkiyi göstermesi açısından önemlidir.

Barlas (10) tarafından İstanbul ilinde hemodiyaliz birimlerinde çalışan hemşirelerde görülen depresyon belirtileri ve baş etme arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada da, etkin olmayan yöntemlerden dine yönelme, kabullenme ve alkol/ilaç kullanımının depresyon belirtilerinde artışa sebep olduğu saptanmıştır.

Önceki bölümlerde değinildiği gibi, hemodiyaliz ve SAPD hastalarında da depresyon, anksiyete, uyum ve davranış bozuklukları gibi ruhsal sorunlar sıklıkla gözlenmektedir (23, 25, 30, 31, 66, 69, 96, 105). Literatür bulguları ışığında bakıldığında bu durum hastaların sorunlarla etkin baş edemediklerini göstermektedir.

2.9. Hemodiyaliz ve SAPD Tedavisi Uygulanan Hastalarda Stresörlerle Etkin Baş Etmenin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü

Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi gören hastaların yaşadıkları streslerle etkin baş etmeleri, daha önce de değinildiği gibi, tedaviye ve hastalığa uyumlarını arttırmakta, biyopsikososyal sorunları önlemektedir (84). Hemodiyaliz hastalarının haftada 2-3 kez, 4-6 saat süreyle diyaliz makinasına bağlı olmaları, SAPD hastalarının eğitim ve kontrolleri sürecinde hastalarla sık ve yoğun temas içinde olan sağlık personeli diyaliz hemşireleridir. Bu nedenle diyaliz hemşireleri biyopsikososyal yönden hastaları değerlendirme ve riskleri saptayabilmede kilit bir role sahiptirler. Etkin baş etmenin tedavinin başarısı ve hastalığa uyumda önemli rolü olduğu bilgisi ışığında, hastaların yaşadıkları stresörlerin belirlenmesi, bunlara karşı kullanılan baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi, etkin baş etme yöntemlerinin desteklenmesi, etkin olmayanların etkin olanlarla değiştirilmesi ve gerekirse konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) hemşirelerinden destek alınması (84, 85, 116) gibi süreçlerin yönetiminde diyaliz hemşirelerine büyük görev düşmektedir. Diyaliz hemşireleri ayrıca eğitim rolleri nedeniyle de diyaliz tedavisi gören hastalar için oldukça önem taşımaktadır. Çünkü hastanın ve yakınlarının KBY ve diyaliz tedavisi konusunda bilgisinin olmayışı ya da hastalığı ve tedaviyi yanlış algılaması durumunda anksiyetesi oldukça yüksek olmakta, baş etmesi yetersiz kalabilmekte ve tedaviye uyum güçleşmektedir. Bu nedenle diyaliz tedavisi gören hastaların ve hasta yakınlarının bilgi gereksinimleri bütüncül bir anlayışla değerlendirilmeli ve bu doğrultuda eğitim programları düzenlenmelidir. Hastaların

bilgi sahibi olması tedavi ekibine ve yakınlarına olan bağımlılık duygusunu ve anksiyetesini azaltmakta, kendilerine güvenlerini geliştirmekte, etkin baş etme yöntemlerinin kullanımını arttırmakta, böylece tedaviye uyumu ve tedavi etkinliğini arttırarak, komplikasyonların önlenmesini ve maliyetin düşmesini sağlamaktadır.

Hastaları psikososyal riskler açısından etkin biçimde gözleyebilmek, etkin dinleyebilmek, empati yapabilmek ve çıkan sonuçları değerlendirerek, gerekli girişimlerde bulunabilmek beceri ve bütüncül bir yaklaşım gerektirmektedir (4). Bütüncül bakım kavramı hastaların bakımında fiziksel verilerin yanında psikolojik, sosyal, kültürel, spiritüel ve insana ilişkin sayılamayan pek çok diğer verinin de toplanmasını, bu doğrultuda hemşirelik tanılarının saptanmasını, bakım hedeflerinin belirlenmesini, planlamaların yapılmasını, planların uygulanmasını ve etkinliğinin değerlendirilmesini kapsamaktadır. Daha önce de değinildiği gibi hemşireler hastalara 24 saat kesintisiz hizmet vermeleri nedeniyle sağlık ekibinin diğer üyelerine göre hastalarla ilgili verileri doğrudan, kolay ve etkin biçimde toplayabilmek açısından daha avantajlı bir konumdadırlar. Eğitimlerle bu konuda farkındalık kazanan hemşireler ise bu alandaki avantajlarının farkına vararak bütüncül bakım hedefleri doğrultusunda hastaya ilişkin verilerin toplanması, değerlendirilmesi, bakımının planlanması ve uygulamasında daha etkin sonuçlar elde edebilirler. Böylece hemşireler bakımı sürekli değerlendirmeleri sayesinde yapılan girişimler etkili olmadığında bunu görür ve daha etkin bakım vermenin yollarının aranmasını sağlar. Bu durumda hastaların fiziksel ve psikososyal sorunları psikiyatrik hastalıklara dönüşmeden çözümlenebilir; hastanın tedaviye uyumu, yaşam kalitesi ve doyumunu artar. Ancak literatürde, çalışılan kurumlarda hemşirelerden beklentilerin daha çok fiziksel bakıma odaklanması nedeniyle hemşirelerin daha çok rutin fiziksel işlemlere yöneldikleri, bedensel hastalıkla birlikte psikososyal ve psikiyatrik sorunları olan hastalara yaklaşımda güçlük çektikleri, böyle hastalara yaklaşıma ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığı ifade edilmektedir (3, 61, 80). Bu nedenle hemşirelere düzenlenecek hizmet içi eğitim programlarında bütüncül yaklaşım, stresle baş etme, kendini tanıma ve iletişim becerileri, empatik dinleme ve anlama gibi konuların ele alınması ve bu konularda uygulamalar yapılması ile hemşirelerin kendilerine ve bakım verdikleri bireylere ilişkin farkındalıkları geliştirilebilir, bu konularla ilgili bilgi eksiklikleri giderilebilir

ve duyarlılık kazandırılabilir. Böylece hemşireler diyaliz hastalarına bakım verirken hastaların gösterdiği tepkilere ve davranışlara dayalı ipuçlarını değerlendirip psikososyal sorunları saptama ve ele alma konularında daha yeterli ve etkili hissedebilirler.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, hemodiyaliz ve SAPD hastalarının stresle baş etme biçimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde hemodiyaliz ve SAPD uygulanan hastaların bulunduğu T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler, SSK Hastanesi ve üniversite hastanelerinde yapılması planlanmıştır. Ancak SSK İhtisas Hastanesi SAPD hastalarını düzenli takip etmemesi, T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Numune Hastanesi sadece acil hemodiyaliz hizmeti vermesi ve SAPD hastası olmaması, Yüksek İhtisas Hastanesi yalnızca hemodiyaliz hizmeti vermesi, Ankara Hastanesi SAPD hastalarını düzenli takip etmemesi ve Demetevler Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Hastanesi diyaliz hizmeti vermemesi nedeniyle planlamaya alınmamıştır. Üniversite hastanelerinden Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hastanesi ise SAPD hastalarına sadece kateter açılması hizmeti verip, hasta takip etmediği için planlama dışı bırakılmıştır.

Araştırma, biri özel olmak üzere dört üniversite hastanesinde yapılmıştır. Bunlar;

- Hacettepe Üniversitesi Hastanesi,
- Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi,
- Gazi Üniversitesi Hastanesi,
- Başkent Üniversitesi Hastanesidir. Bu hastanelerin özellikleri şöyledir:

Hacettepe Üniversitesi Hastanesi: Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde hemodiyaliz ve SAPD hizmeti tek bir üniteden sağlanmaktadır. Bu ünite hemodiyaliz bölümü 24 yataklıdır. Ünite 1 uzman hekim ve 16 hemodiyaliz hemşiresi görev yapmaktadır. Her bir hemodiyaliz seansı ortalama 4 saat sürmektedir. Hemodiyaliz hastaları tedaviye ilişkin bir düzenli bir eğitim programına alınmamaktadır. Hastalar çoğunlukla tedaviye başlarken doktorları ve diyetisyen tarafından bilgilendirilmektedir. SAPD alanında 1 hemşire çalışmaktadır. SAPD hastalarına nefroloji kliniğinde periton kateteri takılmakta, ardından hastalar

SAPD hemşiresi tarafından eğitime alınmaktadır. Hastalar ayda 1 kez kontrole gelmektedir.

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi: Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde hemodiyaliz ve SAPD hizmeti ayrı ünitelerden yürütülmektedir. Hemodiyaliz ünitesi 34 yataklıdır. Üniteye 1 uzman hekim, ortalama 16 hemşire görev yapmaktadır. Üniteye her bir hemodiyaliz seansı ortalama 4.5 saat sürmektedir. Hemodiyaliz hastaları tedaviye ilişkin bir düzenli bir eğitim programına alınmamaktadır. Hastalar çoğunlukla tedaviye başlarken doktorları tarafından bilgilendirilmektedir. SAPD hizmeti iki hemşire tarafından yürütülmekte, periton kateteri açıldıktan sonra hastalar SAPD hemşiresi tarafından eğitim programına alınmaktadır. Hastalar yaklaşık 1 ay aralıklarla kontrole gelmektedir.

Gazi Üniversitesi Hastanesi: Gazi Üniversitesi Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi 21 yataklıdır. Ünite de 3 uzman hekim, 14 hemodiyaliz hemşiresi görev yapmaktadır. Ünite de ki her bir hemodiyaliz seansı ortalama 4 saat sürmektedir. Hemodiyaliz hastalarının tedavisine ilişkin düzenli bir eğitim programı bulunmamaktadır. Hastalar çoğunlukla tedaviye başlarken doktorları ve diyetisyen tarafından bilgilendirilmektedir. Ayrıca, ilerleyen seanslarda diyetisyen tarafından hastanın laboratuvar bulguları doğrultusunda beslenmesine ilişkin gerekli bilgilendirme yapılabilmektedir. SAPD ünitesinde 2 hemşire çalışmaktadır. Kateteri açılmış olan hastalar ünite de ki hemşireler tarafından verilen eğitim sonrası ayda ortalama 1 kez kontrole çağrılmaktadırlar.

Başkent Üniversitesi Hastanesi: Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde hemodiyaliz ve SAPD hizmeti ayrı ünitelerde verilmektedir. Hemodiyaliz ünitesinin yatak kapasitesi 64'dür. Üniteye 3 uzman, 2 pratisyen hekim ve 31 hemodiyaliz hemşiresi çalışmaktadır. Üniteye her bir hemodiyaliz seansı ortalama 4 saat sürmektedir. Hemodiyaliz hastaları tedaviye ilişkin düzenli bir eğitim programına alınmamaktadır. Hastalar çoğunlukla tedaviye başlarken doktorları, hemşireler ve diyetisyen tarafından bilgilendirilmektedir. Ayrıca, Gazi Üniversitesi Hastanesi'ne benzer biçimde hemodiyaliz seanslarında diyetisyen tarafından hastanın laboratuvar bulguları doğrultusunda beslenmesine ilişkin gerekli bilgilendirme yapılmaktadır. SAPD ünitesinde 6 hemşire görev yapmaktadır. SAPD hastalarının kateterleri

ameliyathanede takılmaktadır. Hastalar kateterin takılmasının ardından SAPD ünitesinde çalışan hemşireler tarafından eğitime alınmakta, eğitimi tamamlanan hastalar 3-4 gün içinde kontrole çağrılmaktadır. Kontroller, yeni hastalarda daha sık olmakla birlikte, ortalama 3 ayda bir gerçekleştirilmektedir.

Yapılan değerlendirmelerde kurumlar arasında hemodiyaliz ve SAPD eğitimi ve uygulamaları arasındaki bazı farklılıklar olmasına karşın, bu durumun baş etme biçimleri açısından hastalar arasında belirgin farklılık yaratmadığı gözlenmiştir.

3. 3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Hemodiyaliz grubundaki hasta evrenini; halen izlenmekte olan Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde 120, Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde 80, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde 94, Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde 500 hasta olmak üzere, toplam 794 hasta oluşturmaktadır. Örneklem aşağıda yer alan Formül 3.1 yardımıyla hesaplanmıştır;

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq} \quad (3.1)$$

Formül 3.1'de;

N=Evrendeki birey sayısı =794'dür.

n=Örnekleme alınacak birey sayısı

p=İncelenen olayın görülüş sıklığı=0.25 olarak alınmıştır.

q=İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (1-p)=0.75'tir.

t=1.96'dır. ($\alpha=0.05$ 'de sonsuz serbestlik derecesindeki teorik t değeri)

d=0.05 olarak alınmıştır.

Tüm değerler formüle uygulandığında örneklem sayısı 212 olarak bulunmuştur;

$$n = \frac{(794) \times (1.96)^2 \times (0.25) \times (0.75)}{(0.05)^2 \times (793) + (1.96)^2 \times (0.25) \times (0.75)} = 212$$

Hastanelerden örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Tabaka ağırlığı: $212/794=0.2670025$ olarak bulunmuştur. Her bir üniversite hastanesindeki toplam hemodiyaliz hastası sayısı tabaka ağırlığı ile çarpılarak her bir hastaneden örnekleme alınacak hasta sayısı belirlenmiştir. Bu doğrultuda; Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nden 32, Gazi Üniversitesi Hastanesi'nden 21, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nden 25, Başkent Üniversitesi Hastanesi'nden 134 hasta örnekleme alınmıştır. Bu hastaların seçiminde, basit rastgele örnekleme yöntemi ile her bir seanstaki hasta listelerinde herhangi bir hasta seçilip, ondan sonra bir hasta atlayarak hastalar belirlenmiştir.

Çalışmaya katılmayı reddetme olasılığı nedeniyle hemodiyaliz hasta gruplarında her bir hastaneden 5'er hasta yedek olarak seçilmiştir. Çalışmaya katılmayı reddetmesi nedeniyle Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde 2, Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde 5 yedek hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hacettepe ve Gazi Üniversitesi Hastanelerinde çalışmaya katılmayı reddeden hasta olmamıştır.

SAPD grubundaki hasta evrenini halen izlenmekte olan hastalardan; Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde 8, Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde 49, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde 70, Başkent Üniversitesi Hastanesi'nde ise 180 hasta olmak üzere, toplam 307 hasta oluşturmaktadır. SAPD grubundaki hasta örnekleme de Formül 3.1 yardımıyla hesaplanmış ve tüm değerler formüle uygulandığında örneklem sayısı 149 olarak bulunmuştur:

$$n = \frac{(307) \times (1.96)^2 \times (0.25) \times (0.75)}{(0.05)^2 \times (306) + (1.96)^2 \times (0.25) \times (0.75)} = 149$$

Hastanelerden örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Tabaka ağırlığı: $149/307=0.485342$ olarak bulunmuştur. Her bir üniversite hastanesindeki toplam SAPD hastası sayısı tabaka ağırlığı ile çarpılarak her bir hastaneden örnekleme alınacak hasta sayısı belirlenmiştir. Bu doğrultuda; Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nden 4, Gazi Üniversitesi Hastanesi'nden 24, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nden 34, Başkent Üniversitesi Hastanesi'nden 87 hasta örnekleme alınmıştır. Bu hastaların

seçiminde de basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kontrole gelecek hastaların listesinden herhangi bir hasta seçilip, sonrasında birer hasta atlanarak hastalar belirlenmiştir.

Çalışmaya katılmayı reddetme olasılığı nedeniyle SAPD hasta gruplarında her bir hastaneden 5'er hasta yedek olarak seçilmiştir. Ancak SAPD grubunda çalışmaya katılmayı reddeden hasta olmamıştır.

3. 4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, hemodiyaliz hastalarının tanıtıcı bilgilerini içeren “Hemodiyaliz Hasta Bilgi Formu” (Bkz. EK-2A), SAPD hastalarının tanıtıcı bilgilerini içeren “SAPD Hasta Bilgi Formu” (Bkz. EK-2B) ve hastaların stresle baş etme biçimlerini belirleyen “Stresle Baş Etme leği” (Bkz. EK-3) aracılığıyla toplanmıştır.

3. 4. 1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Hemodiyaliz ve SAPD Hasta Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulmuştur. Bu formlar, hemodiyaliz ve SAPD hastalarının stresle baş etme biçimlerini etkileyebileceği düşünülen hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, meslekte çalışma süresi, sosyal güvencesi, medeni durumu, evlilik süresi, ocuk varlığı ve sayısı, toplam aylık geliri, gelir durumu değerlendirmesi, evde ve ev dışı destek varlığı, alınan destek tipleri, bireyin destek değerlendirmesi, ailesinde başka diyaliz gören birey varlığı, tanı ve diyalize başlangıç arasındaki süre, diyaliz süresi, haftalık seans sayısı, hemodiyalize yönelik eğitim durumu ve bireyin buna ilişkin değerlendirmesi, başka kronik hastalık varlığı, diyalize bağlı ruhsal, sosyal, fiziksel ve diğer alanlarda yaşadığı değişimler ve kendi baş etmesine ilişkin değerlendirmesine ilişkin bilgileri içermektedir. Hemodiyaliz Hasta Bilgi Formu'nda yukarıdaki bilgilere ek olarak, haftalık seans sayısı, hemodiyalize yönelik eğitim durumu ve bireyin buna ilişkin değerlendirmesine ilişkin bulgular da yer almaktadır.

Stresle Başa ıkma leği: Ölçek Carver ve diğ. (19) tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması ise Gök (52) tarafından yapılmıştır. Gök'n çalışmasında orijinal ölçekte yer alan ve Cronbach alfa iç

tutarlık katsayıları ve test-tekrar test güvenilirliği görece düşük bulunan “zihinsel olarak ilgiyi kesme” ve “uygun zamanı bekleme” alt ölçekleri çıkartılarak, orijinali 60 madde ve 15 alt ölçekten oluşan “Başa Çıkma Ölçeği”, 52 madde ve 13 alt ölçeği kapsayacak şekilde yeniden oluşturulmuştur. Ölçek Türkiye’de başka çalışmalarda (5, 10) da kullanılmıştır.

Ölçeğin uygulamasında yanıtlayan kişilerden ölçekteki her maddeyi ayrı ayrı okuyup değerlendirmeleri ve “hiçbir zaman yapmam”, “arada sırada yaparım”, “orta derecede yaparım”, sıklıkla yaparım” şeklinde 1’den 4’e kadar numaralandırmaları istenmektedir. Her bir alt ölçeğe ilişkin puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır.

Ölçekte yer alan alt ölçekler ve bunlara ait maddeler şunlardır:

1-Aktif Başa Çıkma: Stres yaratan olayın üstesinden gelmek ya da etkilerini hafifletmek için aktif adım atma sürecidir. Doğrudan harekete geçmek, gösterilen çabayı arttırmak ve başa çıkma girişimini kademeli olarak gerçekleştirmeye çalışmak bu süreçte yer almaktadır. 4, 21, 40, 50. maddeler bu alt ölçekle ilgilidir. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.51’dir.

2-Planlama: Stres yaratan olayla nasıl başa çıkılacağına düşünülmesidir. Harekete geçmek için planlar yapmayı, hangi adımların atılacağını ve sorunun nasıl ele alınacağını düşünmeyi içerir. Bu alt ölçekle ilgili maddeler; 16, 27, 34, 48. maddelerdir. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.67’dir.

3-Diğer Aktiviteleri Bırakarak Sorun Üzerine Odaklanma: Diğer aktiviteleri bir kenara bırakarak ve diğer olayları zihinden uzak tutarak tamamen stres yaratan olayın üzerine yoğunlaşmaktır. 13, 28, 36, 47. maddeler bu alt ölçekle ilgilidir. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.57’dir.

4-Sosyal Destek Arama (Enstrümental): Öğüt, bilgi ve yardım almayı içerir. 3, 12, 26, 38. maddeler bu alt ölçek kapsamındadır. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.64’tür.

5-Sosyal Destek Arama (Duygusal): Moral destek, sempati ve anlayış arayışı içinde olmaktır. Bu alt ölçeğe ilişkin maddeler; 9, 19, 29, 44. maddelerdir. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.60’dır.

6-Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma: Stres yaratan olay karşısında duyguların farkında olma ve bu duyguları ortaya koyma eğilimidir. 2, 14, 24, 39. maddeler bu alt ölçekle ilgilidir. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.63'tür.

7-Davranışsal Olarak ilgiyi Kesme: Kişinin çaba göstermeyi azaltması ya da bırakmasıdır. Bu alt ölçek kapsamındaki maddeler; 8, 20, 32, 43. maddelerdir. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.62'dir.

8-Olumlu Tarzda Yeniden Yorumlama: Stres yaratan olayı daha olumlu bir açıdan görmektir. 1, 25, 33, 51. maddeler bu alt ölçekle ilgilidir. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.56'dır.

9-Yadsıma: Stres yaratan olayın varlığına inanmayı reddetmek, sanki bu olay gerçek değilmiş gibi davranmaktır. 5, 23, 35, 49. maddeler bu alt ölçek kapsamındadır. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.60'tır.

10-Kabullenme (Boyun eğici): Stres yaratan olayın gerçekliğini, olayı değiştirmek veya çözüm bulmak yönünde çaba göstermeksizin kabul etmektir. Bu alt ölçeğe ilişkin maddeler; 11, 18, 37, 46. maddelerdir. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.61'dir.

11-Dine Yönelme: Stres yaratan olay karşısında dini aktiviteleri arttırmaktır. 6, 15, 41, 52. maddeler bu alt ölçekle ilgilidir. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.90'dır.

12-Alkol/İlaç Kullanımı: Stres yaratan olaydan uzaklaşmak için alkol yada ilaç kullanımına yönelmektir. 10, 22, 30, 45. maddeler bu alt ölçek kapsamındadır. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.90'dır.

13-Mizahi Yaklaşım: Stres yaratan olaya şaka ve esprilerle yaklaşmaktır. Bu alt ölçeğe ilişkin maddeler; 7, 17, 31, 42. maddelerdir. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.81'dir.

Literatürde baş etme biçimleri, etkin ve etkin olmayan baş etme biçimleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Etkin olmayan baş etme biçimlerini ölçekte yer alan dine yönelme, alkol/ilaç kullanımı, mizahi yaklaşım, sosyal destek arama (duygusal), davranışsal olarak ilgiyi kesme, duygulara odaklanma ve duyguları ortaya koyma, boyun eğici kabullenme ve yadsıma alt ölçekleri oluşturmaktadır. Etkin baş etme biçimlerini ise olumlu tarzda yeniden yorumlama, sosyal destek arama (enstrümental), diğer aktiviteleri bırakarak sorun üzerine odaklanma, aktif

başta çıkma, planlama alt ölçekleri oluşturmaktadır. Etkin ya da etkin olmayan baş etme biçimlerine ilişkin alt ölçeklerden alınan puanların toplamının ortalaması ise “Etkin Yöntemler Puan Ortalaması” ya da “Etkin Olmayan Yöntemler Puan Ortalaması” olarak değerlendirilmektedir.

3. 4. 2. Ön Uygulama

Veri toplama formlarından Hemodiyaliz ve SAPD Hasta Bilgi Formlarının ön uygulaması Ankara SSK İhtisas Hastanesi’nde yapılmıştır. Toplam örneklem sayısının %10’u olan, 21 hemodiyaliz ve 15 SAPD hastası gelişigüzel örnekleme yöntemiyle seçilerek, 06.01.2004-08.01.2004 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda sorularda gerekli düzeltmeler yapılarak formlar yeniden düzenlenmiştir.

3. 4. 3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi, Gazi Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Başkent Üniversitesi hastanelerinden yazılı izinler alınmıştır. İzinlerin alınmasından sonra hastalarla görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan hastalara araştırmaya ilişkin bilgi verildikten sonra EK-1’de verilen yazılı onam formu verilmiş, çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar, bu formu doldurduktan sonra veri toplama formları uygulanmıştır. Veri toplama formları hemodiyaliz hastalarının uyum sağlayabilmesi amacıyla diyaliz işlemi başladıktan yarım saat sonra ve işlemin bitişinden önceki son 1 saat arasında kalan sürede uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına giren SAPD hastalarına veri toplama formları kontrole geldikleri günlerde uygulanmıştır.

Veri toplama formlarının hastalara uygulanması yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Ön uygulamada bazı hemodiyaliz hastalarının fistülleri nedeniyle formları doldurmakta güçlük çektikleri fark edilmiş, bu nedenle farklılıkları önlemek amacıyla uygulamada tüm hastalara sorular araştırmacı tarafından okunarak verdikleri yanıtlar kaydedilmiştir.

3. 5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde hemodiyaliz ve SAPD hastalarının tanıtıcı özellikleri bağımsız, stresle başa çıkma yolları ise bağımlı değişken olarak ele alınmıştır.

Veriler toplandıktan sonra araştırmacı tarafından SPSS 11.0 (Statistical Package for Social Sciences) istatistik yazılım programında bilgisayara kaydedilmiş ve bu programda analizler gerçekleştirilmiştir.

Stresle Başa Çıkma Ölçeği'nin puanlamasında bireylerin her bir maddeye verdiği "hiçbir zaman" cevabı için 1, "arada sırada" cevabı için 2, "orta derecede" cevabı için 3, "sıklıkla" cevabı için 4 puan verilmiştir. Alt ölçekleri oluşturan sorulara verilen yanıtların puanlarının toplanmasıyla da alt ölçek puanları elde edilmiştir.

Etkin ve etkin olmayan baş etme yöntemleri puan ortalamaları daha önce değinildiği gibi hesaplanmış, istatistiki değerlendirmelerde bağımlı değişken olarak etkin ve etkin olmayan yöntem puan ortalaması ile karşılaştırma yapılmıştır.

Analiz sonucunda cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, ailede başka diyaliz gören bireyin varlığı, haftalık seans sayısı, hemodiyalize yönelik eğitim, eğitim değerlendirmesi, başka kronik hastalık durumu, ev içi ve ev dışı destek bağımsız değişkenleri ile etkin ve etkin olmayan stresle baş etme yöntemleri bağımlı değişkenleri arasında yapılan karşılaştırmalarda İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi kullanılmıştır. Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, algılanan gelir, evlilik süresi, diyaliz süresi, destek tipleri, desteğin değerlendirilmesi bağımsız değişkenleri ile etkin ve etkin olmayan stresle baş etme yöntemleri bağımlı değişkenleri arasında yapılan karşılaştırmalar ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile yapılmıştır. Bu analizlerde bağımlı değişkenlerin puan ortalamaları bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmış ve bu değişkenlerin arasında fark olup olmadığı %5 anlamlılık düzeyinde test edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların tanıtıcı özellikleri, stresle baş etme biçimleri ve tanıtıcı özellikleri ile stresle baş etme biçimlerinin ilişkisine yönelik bulgular yer almaktadır.

4.1. Hemodiyaliz ve SAPD Tedavisi Uygulanan Hastaların Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri

Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler Tablo 4.1.1.'de sunulmaktadır.

Tablo 4.1.1. Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların sosyodemografik özellikleri.

SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER	HEMODİYALİZ HASTASI		SAPD HASTASI	
	n	%	n	%
Yaşı				
14-24	21	9.9	20	13.4
25-34	39	18.4	30	20.1
35-44	42	19.8	38	25.6
45-54	62	29.3	37	24.8
55 ve üzeri	48	22.6	24	16.1
Cinsiyeti				
Kadın	84	39.6	73	49.0
Erkek	128	60.4	76	51.0
Eğitim Durumu				
Okur- yazar değil	8	3.8	8	5.4
Okur- yazar	6	2.8	4	2.7
İlkokul	68	32.1	42	28.2
Ortaokul	33	15.6	12	8.1
Lise	57	26.9	52	34.9
Üniversite	40	18.9	31	20.8
Medeni Durum				
Evli	145	68.4	96	64.4
Bekar	67	31.6	53	35.6
TOPLAM	212	100.0	149	100.0
Evlilik Süresi				
2-10 yıl	21	14.5	17	17.7
11-20 yıl	27	18.6	23	24.0
21-30 yıl	50	34.5	32	33.3
31-40 yıl	27	18.6	15	15.6
41 yıl ve üzeri	20	13.8	9	9.4
TOPLAM	145	100.0	96	100.0

Tablo 4.1.1. Devam. Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların sosyodemografik özellikleri.

SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER	HEMODİYALİZ HASTASI		SAPD HASTASI	
	n	%	n	%
Çocuk Varlığı				
Çocuğu olan	143	89.4	93	89.4
Çocuğu olmayan	17	10.6	11	10.6
TOPLAM	160	100.0	104	100.0
Çocuk Sayısı				
1 çocuk	28	19.6	19	20.4
2 çocuk	47	32.9	36	38.7
3 çocuk	27	18.9	10	10.8
4 çocuk ve üzeri	41	28.6	28	30.1
TOPLAM	143	100.0	93	100.0
Çalışma Durumu				
Çalışan	48	22.6	42	28.2
Çalışmayan	97	45.8	75	50.3
Emekli	67	31.6	32	21.5
Çalışma Süresi				
Hiç çalışmayan	97	45.8	75	50.3
0-9 yıl	14	6.6	12	8.1
10 yıl ve üzeri	101	47.6	62	41.6
Sosyal Güvence				
Güvencesi olmayan	1	0.5	-	-
SSK	28	13.2	14	9.4
Bağ-kur	21	9.9	27	18.1
Emekli Sandığı	108	50.9	77	51.7
Yeşil Kart	50	23.6	29	19.5
Özel sağlık sigortası	4	1.9	2	1.3
Toplam Aylık Gelir				
900 milyon ve üzeri	69	32.5	57	38.3
600-899 milyon	45	21.2	39	26.2
599-301 milyon	54	25.5	39	26.2
300 milyon ve altı	44	20.8	14	9.4
Algılanan Gelir Durumu				
İyi	40	18.9	34	22.8
Orta	140	66.0	93	62.4
Kötü	32	15.1	22	14.8
TOPLAM	212	100	149	100

Tablo 4.1.1.'de görüldüğü gibi hemodiyaliz hastalarının yaş dağılımlarına bakıldığında ilk sırayı %29.3'lük oranı ile 45-54 yaş grubu hastalar oluşturmaktadır.

Hastaların %60.4'ünün erkek, %32.1'inin ilkokul mezunu, %68.4'ünün ise evli olduğu görülmektedir. Evli olan hastalar en çok (%34.5) 21-30 yıldır evli olup, büyük çoğunluğunun (%89.4) çocuğu vardır. Çocuğu olanların üçte birinin (%32.9) 2 çocuğu bulunmaktadır.

Çalışma durumlarına bakıldığında hastaların %45.8'inin çalışmadığı, %31.6'sının emekli olduğu, %22.6'sının çalıştığı saptanmıştır. Meslekte çalışma sürelerine bakıldığında, hastaların %47.6'sını 10 yıl ve daha uzun süredir çalışmış veya çalışmakta olan hastalar oluşturmaktadır. Bir hemodiyaliz hastasının sosyal güvencesi olmayıp, hastaların %50.9'unun sosyal güvencesi Emekli Sandığı'dır. Hemodiyaliz hastalarının %32.5'unun toplam aylık geliri 900 YTL. ve üzerinde, %25.5'inin geliri 599-301 YTL arasındadır. Bireylerin gelir durumlarına ilişkin kendi değerlendirmelerine bakıldığında, %66'sı gelir durumunu "orta" düzeyde değerlendirirken, %18.9'u "iyi" ve %15.1'i "kötü" olarak değerlendirmektedir.

Tablo 4.1.1.'de görüldüğü gibi, SAPD hastalarının yaş dağılımlarına bakıldığında, ilk sırayı %25.6'lık oranı ile 35-44 yaş grubu hastalar oluşturmaktadır. Hastaların %51'i erkek, %34.9'u lise mezunu, %64.4'ü evlidir. Bu hastaların da çoğu (%33.3) 21-30 yıldır evli ve %89.4'ünün çocuğu vardır. Çocuğu olanların üçte biri (%38.7) 2 çocuğa sahiptir.

Çalışma durumlarına bakıldığında, %50.3'ünü çalışmayan, %21.5'ini emekli olan ve %28.2'sini de halen çalışanlar oluşturmaktadır. Hastaların %41.6'sını 10 yıl ve daha uzun süredir çalışmış veya çalışmakta olan hastalar oluşturmaktadır. Bu hastaların hepsi sosyal güvenceye sahip olup, sosyal güvencenin yarısından fazlası (%51.7) Emekli Sandığı'dır. SAPD hastalarının %38.3'ünün toplam aylık geliri 900 YTL. ve üzerinde, %26.2'sinin geliri 599-301 YTL arasında, %26.2' sinin geliri 600-899 YTL arasında ve %9.4'ünün geliri 300 YTL ve altındadır. Bireylerin %62.4'ü gelir durumunu "orta" düzeyde değerlendirirken, %22.8'i "iyi" ve %14.8'i "kötü" olarak değerlendirmektedir.

Tablo 4.1.2. Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların hastalığa ilişkin özellikleri.

HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER	HEMODİYALİZ HASTASI		SAPD HASTASI	
	n	%	n	%
Diyaliz Süresi				
1-4 ay	8	3.8	16	10.7
5-10 ay	10	4.7	20	13.4
11-23 ay	14	6.6	20	13.4
24-60 ay	68	32.1	70	47.1
61 ay ve üzeri	112	52.8	23	15.4
TOPLAM	212	100	149	100
Haftalık Seans Sıklığı				
1-2 kez	22	10.4	-	-
3 kez	190	89.6	-	-
Hemodiyalize Yönelik Eğitim				
Alan	94	44.3	-	-
Almayan	118	55.7	-	-
TOPLAM	212	100.0		
Eğitimi Değerlendirmesi				
Yeterli bulan	76	80.9	-	-
Yeterli bulmayan	18	19.1	-	-
TOPLAM	94	100.0		
Ailede Başka Diyaliz Gören Bireyin Varlığı				
Var	17	8.0	3	2.0
Yok	195	92.0	146	98.0
Başka Kronik Hastalık Durumu				
Olan	85	40.1	37	24.8
Olmayan	127	59.9	112	75.2
Destek Alma Durumu				
Alan	207	97.6	145	97.3
Almayan	5	2.4	4	2.7
Destegin Değerlendirilmesi				
Yeterli	131	61.8	105	70.5
Orta düzeyde yeterli	51	24.1	28	18.8
Yetersiz	30	14.2	16	10.7
Bireyin Kendi Baş Etmesini Değerlendirmesi				
Etkili	141	66.5	88	59.1
Kısmen	66	31.1	51	34.2
Etkisiz	5	2.4	10	6.7
TOPLAM	212	100	149	100

Tablo 4.1.2. Devam. Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların hastalığa ilişkin özellikleri.

HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER	HEMODİYALİZ HASTASI		SAPD HASTASI	
	n	%	n	%
Diyalize Bağlı Ruhsal Değişim				
Olan	193	91.0	143	96.0
Olmayan	19	9.0	6	4.0
Diyalize Bağlı Sosyal Değişim				
Olan	185	87.3	142	95.3
Olmayan	27	12.7	7	4.7
Diyalize Bağlı Fiziksel Değişim				
Olan	208	98.1	148	99.3
Olmayan	4	1.9	1	0.7
Diyalize Bağlı Ekonomik/ Çevresel Değişim				
Olan	112	52.8	80	53.7
Olmayan	100	47.2	69	46.3
TOPLAM	212	100.0	149	100.0

Tablo 4.1.2’de hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların hastalığa ilişkin özellikleri görülmektedir. Hemodiyaliz hastalarının %52.8’i 5 yıl 1 ay ve daha uzun süredir diyaliz tedavisi görmekte, hastaların %89.6’sı haftada 3 kez tedavi almaktadır. Hemodiyalize başlamadan önce eğitim alan bireylerin oranı %44.3 iken, almayanların oranı %55.7’ dir. Hemodiyaliz tedavisi öncesi eğitim verilen hastalardan %80.9’u aldığı eğitimi yeterli bulmakta, % 19.1’i ise yeterli bulmamaktadır. SAPD hastaları eğitim almadan tedaviye başlamadığı için bu soru SAPD grubuna yöneltilmemiştir.

Hemodiyaliz hastalarının %8’inin ailesinde kendisinden başka diyalize giren birey bulunmaktadır. Kronik böbrek yetmezliğine ek olarak başka kronik hastalığı olan bireylerin oranı %40.1, olmayanların oranı ise %59.9’dur. Hastaların %97.6’sı destek almakta; %61.8’i aldığı desteği yeterli, %24.1’i orta düzeyde, %14.2’si ise yetersiz bulmaktadır. Bu hastaların %66.5’i kendi baş etmelerini etkili bulurken, %31.1’i orta düzeyde etkili, %2.4’ü ise etkisiz bulmaktadır. Hemodiyaliz tedavisine başladıktan sonra; hastaların %91’i kendilerinde ruhsal değişimlerin, %87.3’ü sosyal değişimlerin, %98.1’i fiziksel değişimlerin olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 4.1.2’de görüldüğü gibi, SAPD hastalarının %47.1’i 24-60 aydır diyaliz tedavisi görmektedir. SAPD tedavisine başlamadan önce tüm bireyler uzun bir eğitimden geçtikleri için ayrıca eğitim değerlendirmesi yapılmamıştır. Bu hastaların %2’sinin ailesinde kendisinden başka diyaliz gören birey bulunmakta, %24.8’inde KBY’den başka kronik hastalıklar da bulunmaktadır. SAPD hastalarının %97.3’ü destek almakta; %70.5’i aldıkları bu desteği yeterli, %18.8’i orta düzeyde yeterli, %10.7’si ise yetersiz bulmaktadır. Bu bireylerin %59.1’i kendi baş etmelerini etkili bulurken, %34.2’si orta düzeyde etkili, %6.7’si ise etkisiz bulmaktadır. SAPD tedavisine başladıktan sonra yaşamında ruhsal değişimlerin olduğunu ifade eden bireylerin oranı %96, sosyal değişim ifade eden bireylerin oranı %95.3, fiziksel değişim ifade edenlerin oranı ise %99.3’dür.

Tablo 4.1.3. Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların evde birlikte yaşadığı kişiler.

EVDE BİRLİKTE YAŞANAN KİŞİLER	HEMODİYALİZ HASTASI		SAPD HASTASI	
	n*	%	n*	%
Eş	142	33.5	93	31.2
Çocuk	112	26.4	74	24.8
Anne	53	12.5	43	14.4
Baba	35	8.3	38	12.8
Kardeş	40	9.4	30	10
Torun	9	2.1	5	1.7
Gelin	8	1.9	5	1.7
Diğer	25	5.9	10	3.4
TOPLAM	424	100.0	298	100.0

*n katlanmıştır.

Tablo 4.1.3.’de hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların birlikte yaşadığı kişiler görülmektedir. Hemodiyaliz hastalarının evde birlikte yaşadığı kişiler sırasıyla eş (%33.5), çocuk (%26.4), anne (%12.5), kardeş (%9.4), baba (%8.3) dır. SAPD hastalarının evde birlikte yaşadığı kişiler ise sırasıyla eş (%31.2), çocuk (%24.8), anne (%14.4), baba (%12.8), kardeş (%10)tir.

4.2.Hemodiyaliz ve SAPD Tedavisi Uygulanan Hastaların Stresle Baş Etme Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Puan Ortalamaları ve Kullandıkları Etkin ve Etkin Olmayan Stresle Baş Etme Biçimleri

Bu bölümde hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların stresle baş etme ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları ve kullandıkları etkin ve etkin olmayan stresle baş etme biçimlerinin puan ortalamaları incelenmiştir.

Tablo 4.2.1. Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların stresle baş etme ölçeği alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının dağılımı.

Stresle Baş Etme Ölçeği Alt Boyutları	HEMODİYALİZ HASTASI		SAPD HASTASI	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Dine yönelme	14.27	2.98	14.60	2.53
Kabullenme (Boyun eğici)	14.24	2.51	13.73	2.75
Olumlu Tarzda Yeniden Yorumlama	12.73	2.75	12.86	2.86
Planlama	12.65	2.98	13.62	2.89
Aktif Başa Çıkma	12.22	2.44	12.19	2.32
Sosyal Destek Arama (Duygusal)	11.33	3.07	11.28	3.69
Sosyal Destek Arama (Enstrümental)	10.48	2.96	11.42	2.73
Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma	10.30	3.07	10.46	3.12
Diğer Aktiviteleri Bırakarak Sorun Üzerine Odaklanma	9.39	4.09	8.89	4.25
Mizahi Bakış	9.12	3.90	8.42	3.93
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	6.82	3.15	6.44	3.25
Yadsıma	5.96	3.09	5.19	2.45
Alkol/İlaç Kullanımı	4.81	2.37	4.42	1.30

Tablo 4.2.1’de hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların Stresle Baş Etme Ölçeği’nin alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı görülmektedir.

Tabloda görüldüğü gibi her iki gruptaki hastaların baş etme biçimi olarak en fazla etkin olmayan baş etme yöntemlerinden olan dine yönelmeyi (Hemodiyaliz için; 14.27 ± 2.98 , SAPD için; 14.60 ± 2.53) kullandıkları saptanmıştır. Bunu daha sonra boyun eğici kabullenme (Hemodiyaliz için; 14.24 ± 2.51 , SAPD için; 13.73 ± 2.75), olumlu tarzda yeniden yorumlama (Hemodiyaliz için; 12.73 ± 2.75 ,

SAPD için; 12.86 ± 2.86), planlama (Hemodiyaliz için; 12.65 ± 2.98 , SAPD için; 13.62 ± 2.89) ve aktif başa çıkma (Hemodiyaliz için; 12.22 ± 2.44 , SAPD için; 12.19 ± 2.32) izlemektedir.

Tablo 4.2.2. Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların etkin ve etkin olmayan stresle baş etme biçimlerinin puan ortalamalarının dağılımı.

Etkin ve Etkin Olmayan Stresle Baş Etme Biçimleri	HEMODİYALİZ HASTASI		SAPD HASTASI	
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Etkin Baş Etme Biçimlerini Kullananlar	57.46	9.50	58.97	8.87
Etkin Olmayan Baş Etme Biçimlerini Kullananlar	76.84	11.42	74.55	10.71

Tablo 4.2.2’de stresle baş etme ölçeği etkin ve etkin olmayan yöntemlerin puan ortalamaları görülmektedir. SAPD hastalarında etkin baş etme yöntemleri hemodiyaliz hastalarına göre daha fazla kullanılmakta ($\bar{X} = 58.97 \pm 8.87$), etkin olmayan baş etme yöntemleri ise daha az kullanılmaktadır ($\bar{X} = 74.55 \pm 10.71$). Ancak puan ortalamalarının niceliğine bakıldığında, her iki grubun da etkin ve etkin olmayan baş etme puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

4.3. Hemodiyaliz ve SAPD Tedavisi Uygulanan Hastaların Etkin ve Etkin Olmayan Stresle Baş Etme Biçimleri ile Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri

Bu bölümde hastaların eğitim ve çalışma durumu, gelirini algılama durumu, hemodiyaliz öncesi eğitim alma durumu ve bu eğitimi değerlendirmesi, desteği değerlendirmesi, destek tipleri, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, evlilik süresi, çocuk varlığı; ailede başka diyaliz gören bireyin olması, başka bir kronik hastalığın olması, diyaliz süresi, haftalık hemodiyaliz seans sayısına göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme biçimleri arasındaki fark incelenmiştir.

Tablo 4.3.1. Hastaların eğitim durumuna göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Eğitim Durumu	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	$\bar{X}$	SS	İstatistik	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	$\bar{X}$	SS	İstatistik
Okur-yazar olmayan	8	53.38	11.37	F=1.86 p>0.05	79.88	9.61	F=7.17 p<0.05	8	54.25	9.46	F=0.58 p>0.05	84.88	12.22	F=5.65 p<0.05
Okur-yazar	6	49.67	12.87		87.00	14.10		4	60.00	4.54		84.75	15.17	
İlkokul mezunu	68	58.38	8.74		81.69	11.58		42	59.12	9.95		76.88	11.66	
Ortaokul mezunu	33	55.61	8.64		76.55	7.59		12	60.08	7.17		76.08	6.92	
Lise mezunu	57	57.46	10.61		73.49	12.18		52	59.63	9.70		73.71	8.79	
Üniversite mezunu	40	59.43	8.28		71.47	8.27		31	58.32	6.55		68.23	8.90	

Tablo 4.3.1’de gösterildiği gibi, hemodiyaliz hastalarında etkin olmayan baş etmeyi en fazla kullanan grubun okur-yazar olan grup olduğu ($\bar{X}=87.00\pm14.10$); en az kullanan grubun ise üniversite mezunu olan grup olduğu saptanmıştır ($\bar{X}=71.47\pm8.27$). SAPD hastalarında ise etkin olmayan baş etmeyi en fazla okur-yazar olmayan grup ($\bar{X}=84.88\pm12.22$); en az üniversite mezunu olan grup kullanmaktadır ($\bar{X}=68.23\pm8.90$). İstatistiksel analizde, her iki hasta grubunda eğitim durumuna göre etkin olmayan baş etme puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.3.2. Hastaların çalışma durumuna göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Çalışma Durumu	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
Çalışan	48	60.00	9.96	F=3.44 p<0.05	76.04	12.25	F=0.76 p>0.05	42	57.64	8.99	F=3.38 p<0.05	71.55	9.93	F=3.71 p<0.05
Çalışmayan	97	55.78	9.13		77.90	11.05		75	58.21	9.47		76.81	11.59	
Emekli	67	58.07	9.34		75.88	11.39		32	62.50	6.12		73.19	8.33	

Tablo 4.3.2’de görüldüğü gibi, hemodiyaliz grubunda çalışan hastaların etkin baş etme yöntemlerini en fazla kullanan grup olduğu ($\bar{X}=60.00\pm9.96$), bunu ikinci sırada emekli olan hastaların izlediği ($\bar{X}=58.07\pm9.34$), etkin baş etme yöntemlerini en az kullanan grubun ise çalışmayan hastalar olduğu ($\bar{X}=55.78\pm9.13$) saptanmıştır.

SAPD hastaları açısından araştırma bulgularına bakıldığında, etkin baş etme yöntemlerini en fazla kullanan grubun emekli hastalar olduğu ($\bar{X}=62.50\pm6.12$), bunu çalışmayan grubun izlediği ($\bar{X}=58.21\pm9.47$), etkin yöntemleri en az kullanan grubun ise hemodiyaliz hastalarının tersine, çalışan hastalar olduğu ($\bar{X}=57.64\pm8.99$) görülmektedir.

SAPD hastalarında etkin olmayan baş etme yöntemlerini en az kullanan grubun emekli hastalar olduğu ($\bar{X}=73.19\pm8.33$), bunu ikinci sırada çalışan hastaların izlediği ($\bar{X}=71.55\pm9.93$) ve bu yöntemleri en fazla kullanan grubun ise çalışmayan hastalar olduğu ($\bar{X}=76.81\pm11.59$) görülmektedir.

Hemodiyaliz ve SAPD hasta gruplarında çalışma durumuna göre stresle baş etme biçimleri arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.3.3. Hastaların algılanan gelir durumuna göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Algılanan Gelir Durumu	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
İyi	40	60.18	9.45	F=5.53 p<0.05	77.53	13.41	F=1.95 p>0.05	34	60.03	7.89	F=1.26 p>0.05	73.00	8.91	F=0.46 p>0.05
Orta	140	57.72	8.75		75.88	10.66		93	59.22	8.80		74.96	10.71	
Kötü	32	52.94	11.29		80.19	11.65		22	56.32	10.34		75.23	13.23	

Tablo 4.3.3’de gösterildiği gibi, hemodiyaliz hastalarında etkin baş etme yöntemlerini en fazla kullananların gelir durumunu iyi olarak değerdendiren hastalar olduğu ($\bar{X}=60.18\pm9.45$); en az kullananların ise gelir durumunu kötü olarak değerdendiren hastalar olduğu ($\bar{X}=52.94\pm11.29$) saptanmıştır. Hemodiyaliz hastalarında algılanan gelir durumuna göre etkin stresle baş etme arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.3.4. Hemodiyaliz hastalarının eğitim alma durumuna göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Eğitim Alma Durumu	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	$\bar{X}$	SS	İstatistik
Eğitim alan	94	57.48	8.90	t=0.22 P>0.05	76.72	12.52	t=-0.13 p>0.05
Eğitim almayan	118	57.45	9.98		76.93	10.52	

Tablo 4.3.4’de görüldüğü gibi, hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların aldıkları eğitim ile baş etme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3.5. Hemodiyaliz hastalarının eğitimi değerlendirme durumlarına göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Eğitimi Değerlendirme Durumu	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	$\bar{X}$	SS	İstatistik
Aldığı eğitimi yeterli bulan	76	58.46	8.14	t=2.24 p<0.05	76.57	13.06	t=-0.24 p>0.05
Aldığı eğitimi yeterli bulmayan	18	53.33	10.89		77.39	10.22	

Tablo 4.3.5’de görüldüğü gibi, aldıkları eğitimi yeterli bulan hemodiyaliz hastalarının etkin baş etme becerilerini ($\bar{X}=58.46\pm 8.14$), aldığı eğitimi yeterli bulmayanlara göre daha fazla ($\bar{X}=53.33\pm 10.89$) kullandıkları saptanmıştır. İstatistiksel analizde, hemodiyaliz hastalarının eğitimi değerlendirme durumlarına göre etkin baş etme yöntemleri arasındaki bu fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.3.6.a. Hastaların desteğin değerlendirilmesine göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Desteğin Değerlendirilmesi	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
Yeterli	131	58.24	8.67	F=1.16 p>0.05	74.58	10.97	F=7.11 p<0.05	105	60.09	8.55	F=2.96 p>0.05	73.37	9.90	F=3.38 p<0.05
Orta düzeyde	51	56.02	10.88		80.29	11.36		28	55.89	8.45		75.54	9.80	
Yetersiz	30	56.53	10.41		80.83	11.25		16	57.06	10.47		80.56	15.10	

Tablo 4.3.6.b. Hastaların destek tiplerine göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Destek Tipleri	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
*Fiziksel	186	57.70	9.69	t=-0.99 p>0.05	76.73	11.48	t=0.36 p>0.05	139	58.78	8.66	t=0.97 p>0.05	74.54	10.54	t=0.04 p>0.05
*Ekonomik	146	57.73	9.34	t=-0.61 p>0.05	76.95	11.64	t=-0.21 p>0.05	129	58.56	8.92	t=1.45 p>0.05	74.71	10.03	t=-0.44 p>0.05
*Ruhsal	197	57.92	9.25	t=-2.56 p<0.05	76.78	11.47	t=0.29 p>0.05	142	58.72	8.72	t=1.58 p>0.05	73.87	10.10	t=3.65 p<0.05

*Bu değişkenlerde istatistiksel analizler destek alıp almama durumuna göre yapılmış, tabloda yalnızca destek alanlar belirtilmiştir.

Tablo 4.3.6.a'da görüldüğü gibi, hem hemodiyaliz hem de SAPD hastalarından yeterli sosyal destekleri olduğunu ifade edenler etkin olmayan baş etmeyi en az kullanan gruptur (Hemodiyaliz için; $\bar{X}=74.58\pm10.97$, SAPD için; $\bar{X}=73.37\pm9.90$). Yine her iki grupta da etkin olmayan baş etmeyi en fazla yetersiz sosyal desteği olduğunu ifade edenlerin kullandıkları saptanmıştır (Hemodiyaliz için; $\bar{X}=80.83\pm11.25$, SAPD için; $\bar{X}=80.56\pm15.10$).

Her iki hasta grubunda da etkin olmayan baş etme ile desteğin değerlendirilmesi arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.3.6.b' de görüldüğü gibi, verilerin istatistiksel analizinde hemodiyaliz ve SAPD hastalarının yakınlarından aldıkları fiziksel ve ekonomik destekle hem etkin hem de etkin olmayan baş etme yöntemi kullanımı arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Hemodiyaliz hastalarının etkin baş etme puan ortalamaları destek tiplerine göre incelendiğinde, ruhsal destek alan hastaların puan ortalamalarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). SAPD hastalarının etkin olmayan baş etme puan ortalamaları destek tiplerine göre incelendiğinde ruhsal destek alan hastaların puan ortalamalarının daha düşük ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.3.7. Hastaların yaşa göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ								SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Yaş	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	$\bar{X}$	SS	İstatistik	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	$\bar{X}$	SS	İstatistik
14-24	21	56.71	10.06	F=0.84 p>0.05	74.19	12.13	F=0.91 p>0.05	20	57.24	10.81	F=0.62 p>0.05	74.15	8.85	F=2.15 p>0.05
25-34	39	57.59	7.46		76.92	12.57		30	57.70	9.74		71.17	12.64	
35-44	42	57.07	9.44		76.19	10.31		38	60.05	6.55		73.58	5.69	
45-54	62	56.31	10.37		76.23	10.65		37	60.05	8.71		75.41	12.20	
55 ve üzeri	48	59.52	9.65		79.29	12.04		24	58.63	9.65		79.33	12.03	

Tablo 4.3.8. Hastaların cinsiyete göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ								SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Cinsiyet	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	$\bar{X}$	SS	İstatistik	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	$\bar{X}$	SS	İstatistik
Kadın	84	56.98	8.87	t=0.84 p>0.05	78.40	10.31	t=1.62 p>0.05	73	58.74	9.53	t=-0.31 p>0.05	77.00	11.86	t=2.79 p>0.05
Erkek	128	57.78	9.91		75.81	12.03		76	59.20	8.23		72.20	8.93	

Tablo 4.3.7’de görüldüğü gibi, hemodiyaliz hastalarında 55 ve üzeri yaş grubunda hem etkin ($\bar{X}=59.52\pm9.65$) hem de etkin olmayan ($\bar{X}=79.29\pm12.04$) baş etme diğer yaş gruplarına göre daha yüksek, SAPD hastalarında ise benzer şekilde aynı yaş grubunda etkin olmayan baş etme ($\bar{X}=79.33\pm12.03$) daha yüksektir. Ancak, istatistiksel analizde yaş gruplarına göre baş etme biçimleri arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.3.8’de görüldüğü gibi, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kadın hemodiyaliz ve SAPD hastalarının erkek hastalara göre, daha az etkin yöntem (hemodiyaliz için $\bar{X}=56.98\pm8.87$, SAPD için $\bar{X}=58.74\pm9.53$) ve daha fazla etkin olmayan yöntem (hemodiyaliz için $\bar{X}=78.40\pm10.31$, SAPD için $\bar{X}=77.00\pm11.86$) kullandıkları bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.3.9.a. Hastaların medeni durumuna göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Medeni Durum	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
Evli	145	57.44	9.88	t=-0.04 p>0.05	76.77	10.75	t=-0.13 p>0.05	96	59.41	8.23	t=0.80 p>0.05	75.02	10.88	t=0.72 p>0.05
Bekar	67	57.51	8.67		77.00	12.85		53	58.19	9.94		73.70	10.44	

Tablo 4.3.9.b. Hastaların evlilik süresine göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Evlilik Süresi	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
2-10 yıl	21	56.38	10.17	F=1.21 p>0.05	75.05	13.07	F=2.12 p>0.05	17	58.71	9.11	F=0.21 p>0.05	71.76	11.33	F=0.57 p>0.05
11-20 yıl	27	54.37	10.87		77.26	10.05		23	59.17	7.45		74.43	6.61	
21-30 yıl	50	58.10	8.70		74.48	10.34		32	60.47	8.14		76.09	11.64	
31-40 yıl	27	59.96	11.64		81.56	10.43		15	58.40	8.50		76.40	15.86	
41 yıl ve üzeri	20	57.65	8.02		77.15	9.09		9	59.22	9.77		76.56	5.38	

Tablo 4.3.9.a'da görüldüğü gibi, hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların medeni durumlarına göre stresle baş etmede kullandıkları etkin ve etkin olmayan baş etme yöntemleri arasındaki ilişki incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3.9.b'de görüldüğü gibi, her iki hasta grubunda da evlilik süresi 2-10 yıl olanlarda etkin baş etme kullanımı en az iken (Hemodiyaliz için; $\bar{X}=56.38\pm10.17$, SAPD için; $\bar{X}=58.71\pm9.11$), evlilik süresi 41 yıl ve üzeri olanlarda daha fazladır (Hemodiyaliz için; $\bar{X}=57.65\pm8.02$, SAPD için; $\bar{X}=59.22\pm9.77$). Ancak, evlilik süresine göre baş etme biçimleri arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.3.10. Hastaların çocuk varlığına göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Çocuk Varlığı	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
Çocuğu Olan	143	57.88	9.79	t=0.54 p>0.05	78.20	11.31	t=2.36 p>0.05	93	59.18	8.74	t=-0.47 p>0.05	75.66	11.26	t=0.34 p>0.05
Çocuğu Olmayan	17	56.53	9.24		71.47	8.87		11	60.45	4.88		74.45	8.40	

Tablo 4.3.10’da görüldüğü gibi, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte çocuk sahibi olan hemodiyaliz hastaları çocuk sahibi olmayanlara göre etkin ($\bar{X}=57.88\pm9.79$) ve etkin olmayan ($\bar{X}=78.20\pm11.31$) baş etme açısından daha yüksek puan elde etmişlerdir ($p>0.05$).

Tablo 4.3.11. Hastaların ailede başka diyaliz gören bireyin varlığına göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Ailede Başka Diyaliz Gören Bireyin Varlığı	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	$\bar{X}$	SS	İstatistik	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	$\bar{X}$	SS	İstatistik
Var	17	58.59	9.68	t=0.50 p>0.05	76.29	11.33	t=-0.20 p>0.05	3	58.33	13.01	t=-0.12 p>0.05	66.33	5.50	t=-1.34 p>0.05
Yok	195	57.36	9.50		76.89	11.46		146	58.99	8.82		74.72	10.73	

Tablo 4.3.11’de görüldüğü gibi, her iki hasta grubunda ailede başka diyaliz gören birey olması durumunda etkin olmayan baş etme kullanımı azalmaktadır (Hemodiyaliz için $\bar{X}=76.29\pm11.33$, SAPD için $\bar{X}=66.33\pm5.50$). Ancak, ailede başka diyaliz gören bireyin varlığına göre baş etme biçimleri arasındaki bu fark istatistiksel analizde anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3.12. Hastaların başka kronik hastalık durumuna göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Başka Kronik Hastalık Durumu	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
Olan	85	57.92	9.68	t=-0.57 p>0.05	76.33	11.33	t=0.53 p>0.05	37	57.27	10.43	t=1.35 p>0.05	75.51	12.00	t=-0.63 p>0.05
Olmayan	127	57.16	9.40		77.18	11.51		112	59.54	8.26		74.23	10.28	

Tablo 4.3.12’de görüldüğü gibi, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte KBY dışında başka kronik hastalığı olmayan SAPD hastaları etkin baş etmeyi daha fazla ($\bar{X}=59.54\pm8.26$), etkin olmayan baş etmeyi ise daha az ($\bar{X}=74.23\pm10.28$) kullanmaktadırlar ($p>0.05$).

Tablo 4.3.13. Hastaların diyaliz süresine göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Diyaliz Süresi	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
1-4 ay	8	55.00	11.58	F=0.58 p>0.05	77.50	15.86	F=0.68 p>0.05	16	59.75	7.75	F=0.87 p>0.05	78.81	10.55	F=1.19 p>0.05
5-10 ay	10	60.80	6.52		76.80	9.11		20	55.75	9.68		72.55	9.93	
11-23 ay	14	55.93	9.82		72.36	9.18		20	58.55	9.68		76.75	13.01	
24-60 ay	68	57.93	9.98		77.88	13.04		70	59.39	8.85		73.49	9.39	
61 ay ve üzeri	112	57.25	9.28		76.72	10.47		23	60.35	8.21		74.65	12.74	

Tablo 4.3.13’de gösterildiği gibi, her iki hasta grubunda 1-4 aydır diyalize girenler etkin olmayan baş etmeyi daha fazla kullanırken (Hemodiyaliz için $\bar{X}=77.50\pm15.86$; SAPD için $\bar{X}=78.81\pm10.55$), 61 aydır diyalize girenler daha az (Hemodiyaliz için $\bar{X}=76.72\pm10.47$; SAPD için $\bar{X}=74.65\pm12.74$) kullanmaktadırlar. Ancak, diyaliz süresine göre baş etme biçimleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.3.14. Hemodiyaliz hastalarının haftalık seans sayısına göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Haftalık Seans Sayısı	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	$\bar{X}$	SS	İstatistik
1-2 kez	22	57.45	6.39	$t=-0.04$ $p>0.05$	79.00	9.89	$t=-0.93$ $p>0.05$
3 kez	190	57.46	9.81		76.59	11.58	

Tablo 4.3.14’de görüldüğü gibi, haftada 3 kez hemodiyaliz uygulanan hastalarda etkin olmayan baş etme kullanımı azalmaktadır ($\bar{X}=76.59\pm11.58$). Ancak, istatistiksel analizde haftalık seans sayısına göre baş etme biçimleri arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların stresle baş etme biçimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, hemodiyaliz ve SAPD hastalarının stresle baş etme ölçeği alt boyutları arasında en fazla kullandıkları baş etme yöntemi etkin olmayan baş etme yöntemlerinden olan dine yönelme olmuştur. Bunu daha sonra kabullenme, olumlu tarzda yeniden yorumlama, planlama ve aktif başa çıkma izlemektedir (Bkz. Tablo 4.2.1).

Hemodiyaliz ve SAPD hastaları tarafından en fazla kullanılan baş etme yönteminin dine yönelme olması, dine yönelmenin toplumumuzda da önemli bir yerinin olduğu ve sık kullanıldığı, bireylerin sıkıntılı durumlarında Tanrı'nın desteğini hissetme ihtiyacı duyduğu şeklinde yorumlanabilir. Literatüre bakıldığında, bulguların çalışma bulgularımızı desteklediği görülmektedir. Siyah hemodiyaliz hastalarının fiziksel ve psikososyal uyumlarını incelemek amacıyla yapılan bir araştırmada Tanrı'ya güvenme en çok kullanılan baş etme yöntemi olarak ifade edilmiştir (14). Akıncı ve Öz (5) tarafından histerektomi uygulanan kadınların baş etme yöntemlerinin saptanmasına ilişkin yapılan çalışmada da dine yönelme en fazla kullanılan baş etme yöntemi olmuştur. Patel (86) tarafından hastalığa ilişkin algılamaların depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelendiği bir başka çalışmada da dine yönelme ve inanca yönelik algılamaların sık olarak kullanıldığı ve bu durumda depresyonun daha az yaşandığı, hastalığın etkilerini olumsuz olarak algılamının azaldığı ve yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Dine yönelme literatürde duygu odaklı ve etkin olmayan bir yöntem olarak bilinmesine karşın, Carver ve diğ. (19) tarafından bireylerin yoğun stres yaşadıkları durumlarda dinin kendilerine destek sağlayabileceği ve ruhsal sorunları önleyebileceği bildirilmiş ve bu stratejinin desteklenmesi önerilmiştir.

Çalışmamızda her iki gruptaki hastalar tarafından en çok kullanılan ikinci ve üçüncü baş etme yöntemlerinin kabullenme ve olumlu tarzda yeniden yorumlama olduğu belirlenmiştir. Burns (14) tarafından siyah hemodiyaliz hastalarının fiziksel ve psikososyal uyumlarını incelemek amacıyla yürütülen çalışmada da Tanrı'ya güvenmeden sonra en çok kullanılan yöntemler; olumlu düşünme ve yaşam olaylarını normalleştirme başlıkları altında toplanmaktadır ve bu yönden çalışma bulgularını desteklemektedir.

Araştırma bulgularına bakıldığında, kullanım sıklığı açısından ilk iki etkin olmayan baş etme yöntemini (dine yönelme ve kabullenme) etkin baş etme yöntemleri olan olumlu tarzda yeniden yorumlama, planlama ve aktif başa çıkma izlemektedir. Literatür bulguları da çalışma bulgularını desteklemektedir. Hemodiyaliz hastalarının baş etme biçimlerine ilişkin çalışmalarda diyaliz hastalarının hastalık veya diyalizle ilişkili stresörlerle karşılaştıklarında hem problem odaklı hem de duygu odaklı baş etme yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır (26, 34).

Ancak bu alanda literatürde çelişkili bulgulara da rastlanmıştır. Hemodiyaliz ve SAPD hastalarında baş etme biçimlerinin incelendiği başka çalışmalarda problem odaklı baş etmenin duygu odaklı baş etmeden anlamlı biçimde daha fazla kullanıldığı saptanmıştır (9, 41, 55).

Hemodiyaliz ve SAPD hastalarında etkin ve etkin olmayan stresle baş etme yöntemlerinin kullanımına bakıldığında; SAPD hastalarında etkin baş etme yöntemlerinin hemodiyaliz hastalarına göre daha fazla kullanıldığı, etkin olmayan baş etme yöntemleri ise daha az kullanıldığı bulunmuştur. Ancak puanların niceliğine bakıldığında, her iki grubun da etkin ve etkin olmayan baş etme puanlarının birbirine yakın olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.2.2).

Yapılan literatür incelemesinde, hemodiyaliz ve SAPD hastalarını stresle baş etme biçimleri açısından karşılaştırdığı çalışmasında Eichel (41), SAPD hastalarının daha az stresi olmasına ve daha az baş etme stratejisi kullanmalarına karşın, her iki grupta da stres kaynaklarının ve kullanılan baş etme stratejilerinin benzer olduğunu ortaya koymuştur. Hemodiyaliz ve SAPD hastalarında stresle baş etme biçimlerinin karşılaştırıldığı bir başka çalışma; her iki grupta da problem-odaklı baş etme yöntemlerinin duygu-odaklı baş etme yöntemlerine göre daha çok kullanıldığını ve hemodiyaliz hastalarının SAPD hastalarına göre problem odaklı baş etme biçimlerini daha fazla kullandığını göstermektedir (72).

Hemodiyaliz, SAPD ve transplantasyon hastalarını stresle baş etmenin sonucu olan yaşam kalitesi açısından karşılaştıran çalışmalarda transplantasyon hastalarının fonksiyonel davranış ve yaşam kalitesi açısından en iyi durumda oldukları, onları sırasıyla periton diyalizi ve hemodiyaliz hastalarının izlediği

saptanmıştır (45, 77, 79, 98, 118). Lok (72) tarafından hemodiyaliz ve SAPD hastalarıyla stresörler, baş etme biçimleri ve yaşam kalitesi konusunda yürütülen çalışmada her iki grupta da algılanan yaşam kalitesinin ortalamanın altında olduğu ancak, diğer çalışmalara benzer biçimde, SAPD hastalarının yaşam kalitelerinin hemodiyaliz hastalarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Stresle etkin baş edememe sonucu gelişen psikopatolojik sorunlar açısından hemodiyaliz ve SAPD hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada; depresyon, anksiyete, cinsel yaşantı ve bilişsel fonksiyonlar açısından gruplar arasında fark bulunamamıştır (99). Renal bozukluğu olan hastalarda ruhsal bozukluk tanısıyla hastaneye yatma riski açısından diyaliz hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, periton diyalizi hastalarının mental bozukluk tanısıyla hastaneye yatma riski hemodiyaliz hastalarına göre daha düşük bulunmuştur (65).

Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların eğitim durumları ile kullandıkları etkin ve etkin olmayan baş etme yöntemleri arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim düzeyi yükseldikçe etkin olmayan baş etmenin azaldığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.1).

Literatür bulguları incelendiğinde bulguların çalışma bulgularını desteklediği görülmektedir. Histerektomi yapılan kadınların baş etme yöntemlerinin incelendiği bir çalışmada bireylerin eğitim düzeyi arttıkça etkin olmayan baş etme yöntemleri kullanımının azaldığı görülmüştür (5). Hemodiyaliz hastalarıyla yürütülen çalışmalarda bireylerin eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı (110), okur-yazar olmayan grubun yaşam doyumu ve yaşam kalitesi puanlarının diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır (39). Hemodiyaliz hastalarında depresyon ve intihar düşüncesine etkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada; düşük eğitim düzeyi ile artmış depresyon ve intihar düşüncesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (24). Bireylerin eğitim düzeyinin artmasıyla sosyoekonomik düzeyin de artacağı düşünülürse, bireylerin olanaklarının varlığının farkına varma, ulaşma ve kullanma şansları artmaktadır. Bu nedenle eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin diyalize bağlı stresörlerle baş edebilmede olanakları daha etkin olarak kullanabilecekleri ve böylece etkin olmayan baş etmenin azalacağı düşünülebilir.

Hemodiyaliz ve SAPD hastalarının çalışma durumları ile kullandıkları baş etme yöntemleri arasındaki ilişki incelendiğinde, hemodiyaliz grubunda çalışan

hastaların etkin baş etme yöntemlerini en fazla kullanan grup olduğu, bunu sırasıyla emekli olan ve çalışmayan hastaların izlediği saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.2).

Literatür incelendiğinde hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda çalışmayan hastaların yaşam kalitesinin çalışanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür (39). Hemodiyaliz tedavisi gören bireylere iş yerleri tarafından izin olanakları sağlandığı ve çalışma saatleri uygun biçimde düzenlendiğinde üniteye gelip gitmenin bireyler için sorun haline gelmekten çıktığı gözlenmiştir. Böylece çalışan bireylerin hem çalışıp hem de tedavilerini yürütebildikleri için, emekli olan ve çalışmayan bireylere göre yaşamdan daha fazla doyum sağlayabildiği ve stresörlerle daha etkin baş edebildikleri düşünülebilir.

Araştırma bulgularına göre, emekli SAPD hastalarının etkin baş etmeyi en fazla, etkin olmayan baş etmeyi ise en az kullandıkları bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.2). Literatür bilgisine göre, SAPD tedavisinde hasta bireyler tarafından günde dört kez, uygun, temiz bir ortamda, zaman ayırarak ve tedavinin tüm sorumluluğunu sağlık ekibi yerine kendileri üstlenerek değişimin yapılması gerektiği belirtilmektedir (7). Emekli olan bireylerin ise hem yeterli zamanlarının olması ve sosyal aktivitelerini tedavilerine göre planlayabilme olanaklarının bulunması hem de düzenli maaşları ve sosyal güvenceleri olması nedeniyle SAPD tedavisine bağlı stresörlerle çalışan ve çalışmayan bireylere göre daha iyi baş edebildikleri düşünülebilir. SAPD hastalarının kaygı düzeylerini etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışma da bu düşünceyi desteklemektedir. Bu çalışmaya göre, halen para getiren bir işte çalışan ve düzenli maaşı olan hastaların çalışmayanlara göre sürekli kaygı düzeyinin anlamlı biçimde düşük olduğu bulunmuştur (60).

Hemodiyaliz ve SAPD hastalarında algılanan gelir durumuna göre stresle baş etmede kullanılan yöntemlere bakıldığında; hemodiyaliz hastalarında etkin baş etme yöntemlerini en fazla kullananların gelir durumunu “iyi” olarak değerlendiren hastalar olduğu, etkin baş etme yöntemlerini en az kullananların ise gelir durumunu “kötü” olarak değerlendiren hastalar olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3.3).

Bu bulgulardan yola çıkarak, hemodiyaliz hastalarında algılanan gelir durumu daha olumlu hale geldikçe etkin baş etmenin arttığı söylenebilir.

Konu ile ilgili olarak yapılan çalışmalar da araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Siyah hemodiyaliz hastalarının fiziksel ve psikososyal uyumları

konusunda yapılan bir çalışmada yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olan hemodiyaliz hastalarında baş etme becerilerinin etkinliğinin arttığı saptanmıştır (14). Stresle baş etmeyle ilişkisi olan yaşam kalitesi ile ilgili diyaliz hastalarıyla yapılan başka çalışmalarda ise bireylerin gelir düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin de anlamlı biçimde arttığı bulunmuştur (39, 110). Stresle etkin baş edememenin bir bulgusu olan anksiyetenin incelendiği bir çalışmada ise, kronik hemodiyaliz programındaki gelir düzeyi düşük olan hastaların ortalama anksiyete düzeyleri diğer gelir gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur (82). Hemodiyaliz ve SAPD yüksek teknolojik olanakların gerektiği, dolayısıyla maliyetin yüksek olduğu tedavi biçimleridir. Her iki tedavi şeklinde de bireylerin sıkı diyetlere uyması gerekmektedir. Ayrıca bu tedavi biçimleri bireylerin sıklıkla işlerinden ayrılmasına ya da zorunlu emeklilikle sonuçlanarak gelir düzeyinde düşmeye sebep olabilmektedir. Sadece sosyal güvence tedavi gerekliliklerini karşılamak için yeterli olamamaktadır. Bu nedenle bireylerin gelir durumları tedavi gerekliliklerinin yerine getirilmesinde çok önemli hale gelmekte ve bireylerin baş etmesini etkileyebilmektedir.

Hemodiyaliz hastalarında hemodiyalize yönelik eğitim alma durumu ile stresle baş etme yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır (Bkz. Tablo 4.3.4).

Araştırma bulgularını dolaylı olarak destekleyen bir çalışmada düzenli hemodiyaliz tedavisinde olan hastalara uygulanan eğitimin yaşam kalitesine etkisi incelenmiş ve eğitim öncesi ve sonrası yapılan değerlendirmelerde yaşam kalitesi açısından anlamlı fark bulunamamıştır (58).

Ancak literatürde araştırma bulguları ile ters yönde sonuçlarla da karşılaşmıştır. Grumke ve diğ. (54)'nin hasta eğitim programlarının etkinliği konusunda yaptıkları çalışmada; eğitimden sonra hastaların sorunlarla başa çıkma gücünün, bağımsızlık duygusunun ve psikolojik iyiliğinin arttığı bulunmuştur. Deneysel olarak yürütülen bir çalışmada diyaliz öncesi eğitim programına katılan hastaların katılmayanlara göre daha iyi fonksiyonel ve duygusal iyilik hali sergiledikleri ortaya konmuştur (67). Bir başka çalışmada ise diyaliz tedavisi alan ve almayan KBY hastalarına 8 hafta boyunca haftalık psikoeğitimsel grup oturumları, ardından da stresle baş etmelerinde yardım için aylık takiplerle yürütülen bir eğitim

programı uygulanmıştır. Başlangıç aşamasında ve 3 ay sonra toplanan veriler sonucunda eğitim programının stresi ve depresyon düzeylerini azaltma ve yaşam kalitesini artırma konusundaki etkinliği desteklenmiştir (115).

Çalışmamıza göre, aldıkları eğitimi yeterli bulan hemodiyaliz hastaları etkin baş etme becerilerini, aldıkları eğitimi yeterli bulmayanlara göre daha fazla kullanmaktadırlar (Bkz. Tablo 4.3.5).

Literatürde rastlanan bulguların da çalışma bulgularını desteklediği görülmektedir. Düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastaların tedaviye uyumları, yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin incelendiği bir çalışmada; yeterince bilgi sahibi olmadıklarını ifade eden hastaların tedaviye uyumda zorlandıkları bulunmuştur (39). Benzer biçimde diyaliz hastalarının endişeleri üzerine görüşme yöntemiyle yapılan bir çalışmada erkek hastalar, durumları, tedavileri ya da tedavinin etkileri konusunda yeterince bilgilendirilmediklerini algıladıklarında bu konudaki hassasiyetlerini göstermişler, bazen profesyonel bakış açısının iyimserliği nedeniyle yanlış yönlendirildikleri hissine kapıldıklarını ifade etmişlerdir (88). Eğitim bireylere tedavilerine katılabilme ve hatta tedavilerini yönetebilmede güç sağlamaktadır. Bu nedenle, yeterli eğitim almadığına inanan bireylerin bu gücü hissedemeyerek, tedavilerine uyum sağlayamayacağı, daha bağımlı hale gelebileceği ve stresörlerle etkin baş edemeyebileceği düşünülebilir.

Çalışmamıza göre hemodiyaliz ve SAPD hastalarında bireylerin algıladıkları sosyal destek azaldıkça etkin olmayan baş etme yöntemlerinin kullanımı artmaktadır (Bkz. Tablo 4.3.6.a).

Yapılan literatür incelemesinde destek kaynaklarının yeterli olduğuna ve ihtiyaç duyunca bu kaynakları kullanabileceğine inanan bireylerin, bu inanca sahip olmayanlara göre sorunlarla daha etkin biçimde baş edebildiği saptanmıştır (51). Çalışmamızda da, benzer biçimde, daha sonra tartışılacak olan ev içi ve ev dışı desteğin olması ile baş etme arasında anlamlı ilişki saptanmamış olmasına karşın, desteğin değerlendirilmesi ile etkin olmayan baş etme arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Algılanan sosyal destek ve savaşa ilişkin psikopatoloji ile ilgili bir çalışmada ise yeterli destek algısının hastalığın seyri ve sonucunu etkilediği saptanmıştır (107). İşlevsel engeli olanlarla ve yaşlı bireylerle yürütülen diğer çalışmalar ise, destek

algısının pozitif psikolojik uyum (75) ve yaşam doyumu (36) ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bir başka çalışmada algılanan sosyal desteğin diyaliz hastaları ve eşlerinin psikolojik iyiliğini arttırdığı ve yaşlı KBY hastalarının grup aktivitelerine katılımında artışla anlamlı ilişkisi olduğu, algılanan sosyal desteğin hastaların kendilerine ilişkin olumsuz duyguları azalttığı (15) ve depresyon düzeyini düşürdüğü (15, 63, 65, 104) saptanmıştır. Hemodiyaliz hastaları ile psikososyal faktörler, davranışsal uyum ve yaşam süresi konusunda yapılan bir diğer çalışmada ise yaş, eşlik eden hastalık şiddeti, serum albumin düzeyi, diyaliz membran tipi ve çalışma alanı kontrol edildiğinde sosyal destek algısının yüksek olmasının hayatta kalma süresini olumlu olarak etkilediği bulunmuştur (64).

Hemodiyaliz ve SAPD hastalarının yakınlarından aldıkları fiziksel ve ekonomik destekle hem etkin hem de etkin olmayan baş etme yöntemi kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanmamış, ancak ruhsal destekle hemodiyaliz hastaları arasında etkin baş etme açısından, SAPD hastaları arasında ise etkin olmayan baş etme açısından anlamlı ilişki saptanmıştır. Ruhsal destek alan hemodiyaliz hastaları etkin baş etme yöntemlerini daha fazla kullanmaktadır. SAPD hastalarında ise ruhsal destek alan hastalar etkin olmayan baş etme yöntemlerini daha az kullanmaktadırlar (Bkz. Tablo 4.3.6.b).

Literatür bulguları ruhsal destek açısından araştırma bulgularını desteklemektedir. Kronik hastalıklarla ilgili çalışmalarda ruhsal desteğin psikolojik uyumu arttırdığı (120), depresyonu ve hastalığa ilişkin sorunları azalttığı ve evlilik doyumunu arttırdığı (89) saptanmıştır. Bu bulgular yeterli ruhsal destek alan bireylerin diyalize bağlı stresörlerle de etkin biçimde baş edebildiğini düşündürmektedir.

Ancak literatür bulguları ekonomik destek açısından araştırma bulguları ile çelişmektedir. Yapılan bir çalışmada ekonomik desteğin statüyü iyileştirdiği ve fiziksel iyiliği (50) ve öz-saygıyı arttırdığı saptanmıştır. Ekonomik desteğin bireylerin tedaviye bağlı maddi kayıplarını yerine koymada yararlı olabileceği, bireylerin ekonomik stresörlerini azaltarak etkin baş etmeyi arttıracığı düşünülmüştür. Ancak bu desteğin başka insanlardan veya kurumlardan gelmesi ve sürekliliğinin sağlanamaması bireylerin bu alanda gelecek kaygısı yaşamalarına neden olabilir.

Hemodiyaliz ve SAPD hastalarında 55 ve üzeri yaş grubunda etkin olmayan baş etme diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmakla birlikte, istatistiksel analizde yaş gruplarına göre baş etme biçimleri arasındaki fark anlamlı değildir (Bkz. Tablo 4.3.7).

Literatür incelendiğinde görülen sonuçlar çalışma bulguları ile uyumlu görünmektedir. Baş etme stratejileri ile yaş ilişkisinin incelendiği bir çalışmada da değişkenler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (26). Diyaliz hastalarının hastalık stresiyle baş edebilmesinin bir göstergesi olan yaşam kalitesine ilişkin çalışmalarda da yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (91, 110).

Öte yandan, yapılan başka çalışmalarda da yaş arttıkça baş etmenin olumsuz etkilendiğini ortaya koyan bulgulara rastlanmıştır. Burns (14) tarafından yürütülen bir çalışmada yaş arttıkça baş etme becerilerinde anlamlı biçimde azalma gözlenmiştir. Wolcott ve diğ. (119) tarafından diyaliz hastalarının fiziksel, psikolojik ve sosyal uyumunu incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, 51 yaş üzerindeki hastaların fiziksel ve psikososyal uyumu daha olumsuz bulunmuştur. Üç değişik evredeki (prediyaliz, hemodiyaliz ve transplantasyon) KBY hastaları arasında hastalığın subjektif anlamının incelendiği bir çalışmada istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen yaşlı hastaların genç hastalara göre hastalığa daha çok “mücadele” anlamı verdikleri bunun da daha çok kadereci (fatalistik) bir anlamlandırma olduğu görülmüştür (18).

Kadın hemodiyaliz ve SAPD hastaları erkek hastalara göre, daha az etkin yöntem ve daha fazla etkin olmayan yöntem kullanmaktadırlar. Ancak, istatistiksel analizde cinsiyetlere göre baş etme biçimleri arasındaki fark anlamlı değildir (Bkz. Tablo 4.3.8).

Literatür incelendiğinde benzer bulgulara rastlanmıştır. Baş etme biçimleri açısından sağlıklı bireylerin incelendiği çalışmalarda, sağlıklı erkeklerin daha aktif ve bilişsel baş etme yöntemlerini tercih ettikleri (27) ve kadınlara göre kendi duygularını daha fazla kontrol ederek, duygusal ifadeyi daha az kullandıkları (49); kadınların ise sosyal destek arama gibi duygu odaklı baş etme yöntemlerini tercih ettikleri (113) görülmüştür.

Diyaliz hastalarıyla yürütülen çalışma sonuçları sağlıklı bireylere ilişkin sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Yapılan bir çalışmaya göre erkek hastaların

kadınlara göre iyimser, kendine güvenen ve mücadeleci baş etme biçimlerini, kadınların ise kaderci (fatalistik), destekleyici, kaçınıcı ve palyatif baş etme biçimlerini daha fazla oranda kullandıkları görülmektedir (71). Prediyaliz, hemodiyaliz ve transplantasyonu içeren üç değişik aşamadaki KBY hastalarında hastalığın subjektif anlamının incelendiği bir çalışmada da “hastalığın bir mücadele olduğu” anlamı erkekler tarafından kadınlara göre daha çok tercih edilmiştir (18).

Diyaliz stresiyle baş etmeye ilişkin göstergeler olarak kabul edilebilecek olan; yaşam kalitesi, yaşam doyumu, tedaviye uyum, psikolojik sıkıntı ve psikopatoloji gibi alanlarda da benzer sonuçlarla karşılaşmıştır. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesine ilişkin olarak yapılan bir çalışmada kadın hastaların yaşam kalitesinin erkek hastalara göre daha olumsuz olduğu bulunmuştur (110). Yaşam doyumuna ilişkin olarak hemodiyaliz hastalarıyla yürütülen bir çalışmada, erkek hastaların kadın hastalara göre genel yaşam doyumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (39). Diyaliz hastalarında tedaviye uyumun incelendiği bir çalışmada, uyumun erkek hastalarda kadın hastalara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir (119). Yapılan bir başka çalışmada ise kadın hastaların erkek hastalara göre anlamlı biçimde daha fazla psikolojik sıkıntı ve psikopatoloji gösterdiği bulunmuştur (20).

Literatür bulguları toplumumuzda kadının aile içindeki düzenleyici, yapıcı ve uzlaştırıcı rolü bağlamında değerlendirildiğinde; kadın hasta olunca gerek hemodiyalizde gerekse SAPD’de hastalık ve tedavinin getirdiği yük ve sorumlulukların hastanın zamanının büyük bir bölümünü almaya başlamasıyla, rol performansında ve aile sürecinde değişime bağlı olarak karşılaşılan stresörlerin kadınlarda erkeklere göre daha fazla olabileceği ve buna bağlı olarak stresle baş etmenin olumsuz olarak daha çok etkilenebileceği şeklinde yorumlanabilir.

Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların medeni durumları ile stresle baş etmede kullandıkları etkin ve etkin olmayan baş etme yöntemleri arasındaki ilişki incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır (Bkz. Tablo 4.3.9.a).

Yapılan literatür incelemesinde; erkek hemodiyaliz hastalarının kullandıkları baş etme stratejileri ile medeni durum ilişkisinin incelendiği bir çalışmada değişkenler arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır (26). Stresle baş etme açısından bir gösterge olarak kabul edilebilecek olan yaşam kalitesine ilişkin olarak

hemodiyaliz ve SAPD hastaları ile yürütülen çalışmalarda da medeni durum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır (91, 110).

Her iki hasta grubunda da evlilik süresi arttıkça etkin baş etme yöntemi kullanımının arttığı bulunmuştur. Ancak, istatistiksel analizde evlilik süresine göre baş etme biçimleri arasındaki fark anlamlı değildir (Bkz. Tablo 4.3.9.b).

Yapılan literatür incelemeleri, kronik hastalıkların bireyin hastalığı olmaktan çıkıp ailenin hastalığı haline geldiğini göstermektedir. Hasta ve eşlerin diyaliz tedavisine psikososyal uyumlarını inceleyen bir çalışmada hem hastalar hem de eşler arasında psikososyal sıkıntı ve psikososyal uyum problemleri yüksek bulunmuş, hasta ve eşlerin hastalığa benzer şekilde tepki verdikleri saptanmıştır (106). Diyaliz hastaları ile yürütülen diğer çalışmalar eşlerin yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon yaşadığını (56) ve çocukların da sıklıkla davranışsal problemleri ve okulda güçlükleri olduğunu (114) göstermektedir. Bu bulgular evli bireylerin ailelerinin de hastalıktan etkilendiğini göstermesi açısından önemlidir. Eşler arasındaki içtenliğin ve iyi desteğin psikolojik sıkıntıyı azaltmada anahtar faktörler olduğu öne sürülmektedir (20). Bu bulgular evlilik süresi arttıkça eşlerin birbirini anlaması, eşlerin ve diğer aile üyelerinin rollerinin yerleşmesi ve aile üyeleri arasındaki uyum artacağından baş etmenin de olumlu olarak etkileneceğini düşündürmektedir. Ancak evlilik ve evlilik süresine ilişkin bulgular çelişkilidir. Diyaliz hastaları ile yürütülen bir başka çalışmada; bütünleşmiş ailelerde güçlüklerin bireysel olarak değil, ailesel olarak üstesinden gelinmesi gerektiğine inanıldığı için, bu tip ailelerden gelen hastaların prognozlarının daha kötü olduğu bulunmuştur (93).

Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastalarda çocuk sahibi olma durumuna göre stresle baş etmede kullandıkları etkin ve etkin olmayan baş etme yöntemleri arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmamıştır (Bkz. Tablo 4.3.10). Ancak, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, çocuk sahibi olan hemodiyaliz hastaları çocuk sahibi olmayanlara göre etkin ve etkin olmayan baş etme açısından daha yüksek puan elde etmişlerdir.

Literatürde sosyal desteğin bireylerin KBY ve diyalize bağlı stresini ve depresyonu azalttığı (16), psikolojik iyilik halini (22) ve öz saygıyı arttırdığı (33) ifade edilmektedir. Araştırma bulguları ışığında ev içinde en çok destek alınan bireylere ilişkin çizelge (Bkz. Tablo 4.1.3) incelendiğinde, eşlerden sonra bireyi en

çok destekleyen kişiler çocuklardır. Çocuğa atfedilen değerle ilgili yapılan bir çalışmada geleneksel kültürlerde insanların çocukları büyüdükçe onlardan beklentileri yaşlılıklarında veya hastalandıklarında kendilerine yakınlık, sadakat, vefakarlık göstererek gereksinimlerini karşılamalarıdır (59).

Her iki hasta grubunda ailede başka diyaliz gören bireyin olması durumunda etkin olmayan baş etme kullanımı azalmaktadır. Ancak, istatistiksel analizde baş etme biçimlerinin ailede başka diyaliz gören birey varlığına göre aralarındaki fark anlamlı değildir (Bkz. Tablo 4.3.11).

KBY ve diyaliz gibi zor bir deneyimi yaşamakta olan bir başka bireyin varlığı hasta bireyin destek alabilmesi, her aşamada anlaşılabilmesi açısından bireyi olumlu olarak etkileyebilir ve böylece etkin olmayan baş etme yöntemlerinin kullanımı azalabilir. Ancak literatürde kronik hastalıkların bütün aileyi etkilediği, kronik hastalığı olan birey ve ailenin bu durum ile baş etmede temel sorumluluğa sahip olduğu ve bu sorumluluğun her geçen gün arttığı, kronik hastalıkla yaşamının belirsizliğe, kararsızlığa ve değişkenliğe sebep olduğu ve kronik hastalıkların maliyetinin yüksek olduğu ortaya konmaktadır (3). Ailede bir kronik hastanın daha olmasının tüm bu sorunların ikiye katlanmasına neden olarak, ailenin yükünü büyük ölçüde arttırdığı düşünülmektedir. Bu durum ise baş etme güçlüğüne de sebep olabilir.

KBY dışında başka kronik hastalığı olmayan SAPD hastaları etkin baş etmeyi daha fazla, etkin olmayan baş etmeyi ise daha az kullanmaktadırlar. Ancak, başka kronik hastalık varlığına göre baş etme biçimleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Bkz. Tablo 4.3.12).

Literatür incelendiğinde, yapılan bazı çalışmalarda KBY dışı başka bir kronik hastalık varlığı ile stresle baş etmenin bir sonucu olan yaşam kalitesi arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (21, 38). Öte yandan, yapılan başka çalışmalarda hastalık algılamasının kronik hastalıkla baş etmede ve uyumda önemli bir özellik olduğu vurgulanmakta ve konjestif kalp yetmezliği, anjina, yakın zamanlı operasyon ya da enfeksiyon gibi başka tıbbi problemlerin varlığının hastalık algısını olumsuz yönde değiştirebileceği (62) ve baş etmeyi olumsuz yönde etkileyebileceği ifade edilmektedir. Hemodiyaliz hastalarıyla yürütülen bir çalışmada başka bir kronik hastalığı olmayan bireylerin, olanlara göre yaşam kalitelerinin anlamlı biçimde

yüksek olduğu bulunmuştur (110). Hemodiyaliz hastalarında depresyon ve intihar düşüncesini etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada, intihar düşüncesi ile başka bir fiziksel hastalığın daha bulunması arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (24).

Her iki hasta grubunda da diyaliz süresi arttıkça etkin olmayan baş etme yöntemi kullanımı azalmaktadır. Ancak, stresle baş etme biçimlerinin diyaliz süresine göre aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.3.13).

Literatür incelendiğinde de hemodiyaliz ve SAPD hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda diyaliz süresi ile baş etme biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (72, 76). Siyah hemodiyaliz hastalarıyla yürütülen bir başka çalışmada yine diyaliz süresi ile baş etme becerisi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır (14). Yapılan başka çalışmalarda stresle baş etmeyle ilişkili olan tedaviye uyumun (119) ve yaşam kalitesinin (91) diyaliz süresinden etkilenmediği belirlemiştir. SAPD hastalarının kaygı düzeyini etkileyen faktörlerin incelendiği bir diğer çalışmada da, benzer biçimde SAPD süresi ile toplam ve sürekli kaygı puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (60).

Literatürde bu konuda çelişkili bulgulara da rastlanmaktadır. Yapılan bir çalışmada diyaliz süresi arttıkça problem odaklı baş etme biçimlerinin duygu odaklı baş etme biçimlerine göre anlamlı derecede arttığı görülmüştür (55). Periton diyalizi hastaları ile yürütülen bir çalışmada da, diyaliz süresi arttıkça majör depresyonu olan periton diyalizi hasta oranının azaldığı saptanmıştır (70).

Hemodiyaliz ve SAPD tedavisinin bireylerin yaşamında pek çok değişikliğe ve sınırlamaya sebep olduğu bilinmektedir. Bu nedenle hastaların tedavinin özellikle ilk dönemlerinde yaşamlarındaki bu çoklu değişim ve sınırlamalardan dolayı zorlanacağı ve kullandıkları baş etme yöntemlerinin bundan etkilenebileceği düşünülmüştür.

Haftada 3 kez hemodiyaliz uygulanan hastalarda etkin olmayan baş etme kullanımı azalmaktadır. Ancak, baş etme biçimlerinin haftalık seans sayısına göre arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Bkz. Tablo 4.3.14).

Literatürdeki bulgular ise araştırma bulguları ile ters yöndedir. Tedaviye uyum bireylerin tedaviye ilişkin stresörlerle etkin biçimde baş edebilmesi ile

mümkün olabilmektedir. Düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi, tedaviye uyumu ve sosyal destek düzeylerine ilişkin olarak yapılan bir çalışmada hemodiyaliz seans sıklığı arttıkça hastanın tedaviye uyumunun azaldığı görülmüştür (39). Hemodiyaliz tedavisinin doğası gereği haftada her biri 4-6 saatlik uzunlukta olan seans sayısının artması, bireylerin tedavi için daha fazla zaman ayırması ve buna bağlı olarak yaşamlarında daha fazla değişim olması anlamına gelebilir, böylece hastaların stres düzeylerinde artışa sebep olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6. 1. Sonuçlar

Hemodiyaliz ve SAPD hastalarının stresle baş etme biçimlerinin incelendiği araştırmada, %29.3'ünün 45-54 yaş grubundan, %60.4'ünün erkek, %32.1'inin ilkokul mezunu ve %68.4'ünün evli olduğu görülmektedir. Evli olanların üçte biri 21-30 yıldır evli, %89.4'ü çocuk sahibidir. Hastaların %22.6'sı çalışmakta, %31.6'sı emekli ve %45.8'i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Çalışma sürelerine bakıldığında yarıya yakını 10 yıl ve daha uzun süredir çalışmış veya çalışmakta olan hastalar oluşturmaktadır. Bir hasta hariç hepsinin sosyal güvencesi mevcut olup, yarısının sosyal güvencesi Emekli Sandığı'dır. Bireylerin %66'sı gelir durumunu orta düzeyde değerlendirirken, %18.9'u iyi ve %15.1'i kötü olarak değerlendirmektedir (Bkz. Tablo 4.1.1).

Hemodiyaliz hastalarının yarısından fazlasının 5 yıldan daha uzun süredir diyaliz tedavisi gördüğü, %89.6'sının ise haftada 3 kez tedavi aldığı saptanmıştır. Hemodiyalize başlamadan önce hastaların yarıya yakını eğitim almış, bunların çoğunluğu aldığı eğitimi yeterli bulmuştur. Hastaların %8'inin ailesinde kendisinden başka diyaliz gören birey bulunmakta, %40.1'inin KBY dışında başka bir kronik hastalığı daha bulunmaktadır. Büyük çoğunluğu destek almakta (Bkz. Tablo 4.1.2), hastalara evde destek veren kişileri çoğunlukla eş, çocuk, anne, kardeş, baba oluşturmaktadır (Bkz. Tablo 4.1.3). Bireylerin çoğunluğu aldıkları desteği yeterli; yarısından fazlası kendi baş etmesini etkili bulmaktadır (Bkz. Tablo 4.1.2).

Araştırmada, SAPD hastalarının dörtte birini 35-44 yaş grubu, yarısını erkek, üçte birini lise mezunu ve %64.4'ünü evli hastalar oluşturmaktadır. Evli olanların üçte biri 21-30 yıllık evli, çoğunluğu çocuk sahibidir. Hastaların %28.2'sini çalışan, %21.5'ini emekli ve yarısını ise herhangi bir işte çalışmayan hastalar oluşturmaktadır. Mesleği olan hastaların yarıya yakını 10 yıl ve daha uzun süredir çalışmış veya çalışmakta olan hastalar oluşturmaktadır. Tüm hastaların sosyal güvencesi mevcut olup, yarısının sosyal güvencesi Emekli Sandığı'dır. Bireylerin %62.4'ü gelir durumunu orta düzeyde değerlendirmektedir (Tablo 4.1.1).

SAPD hastalarının yarıya yakını 24-60 aydır diyaliz tedavisi görenler, %2'sini ailesinde kendisinden başka diyaliz gören birey bulunanlar ve yaklaşık dörtte birini başka kronik hastalığı olanlar oluşturmaktadır. Hastaların büyük çoğunluğunun destek alabildiği bireyler varken (Tablo 4.1.2), evde çoğunlukla destek aldığı kişileri eş, çocuk, anne, baba oluşturmaktadır (Bkz. Tablo 4.1.3). Hastaların çoğunluğu aldıkları desteği yeterli, yarıdan fazlası kendi baş etmesini etkili bulmaktadır (Bkz. Tablo 4.1.2).

Bu özelliklere sahip hemodiyaliz ve SAPD hastalarının stresle baş etme biçimleri ile bunları etkileyen faktörler değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir. Bunlar:

1. Araştırma sonuçlarına göre her iki gruptaki hastalar stresle baş etmede tüm baş etme biçimlerini kullanmakla birlikte en fazla kullanılan baş etme biçimi dine yönelmedir (Bkz. Tablo 4.2.1).
2. SAPD hastaları hemodiyaliz hastalarına göre etkin baş etme yöntemlerini daha fazla, etkin olmayan baş etme yöntemlerini ise daha az kullanmaktadırlar (Bkz. Tablo 4.2.2).
3. Hemodiyaliz ve SAPD hastalarının eğitim düzeyi yükseldikçe etkin olmayan baş etme yöntemi kullanımı azalmaktadır (Bkz. Tablo 4.3.1).
4. Çalışan hemodiyaliz hastalarının etkin baş etme yöntemini emekli ve çalışmayan hastalara göre daha fazla kullandıkları; emekli SAPD hastalarının etkin baş etme yöntemini çalışan ve çalışmayan hastalara göre, çalışmayan SAPD hastalarının ise etkin olmayan baş etme yöntemini çalışan ve emekli olanlara göre daha fazla kullandıkları bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3.2).
5. Hemodiyaliz hastalarının gelir durumu değerlendirmesi iyileştikçe etkin baş etme yöntemi kullanımları artmaktadır (Bkz. Tablo 4.3.3).
6. Hemodiyalize yönelik eğitim alma baş etme yöntemi kullanımı etkilemezken (Bkz. Tablo 4.3.4), hemodiyaliz öncesi alınan eğitimi yeterli bulanlarda etkin baş etme kullanımı daha fazladır (Bkz. Tablo 4.3.5).
7. Her iki hasta grubunda desteğin değerlendirilmesi olumsuz hale geldikçe etkin olmayan baş etme yöntemi kullanımı artmaktadır (Bkz. Tablo 4.3.6.a).

8. Her iki hasta grubunda fiziksel ve ekonomik destek etkin ve etkin olmayan baş etme yöntemi kullanımını etkilemezken, ruhsal desteğin hemodiyaliz hastalarında etkin, SAPD hastalarında ise etkin olmayan baş etme kullanımını etkilediği belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3.6.b).
9. Her iki hasta grubunda da yaşın, cinsiyetin, medeni durumun, evlilik süresinin, çocuk varlığının, ailede başka diyaliz gören bireyin olmasının, başka kronik hastalığın olma durumunun , diyaliz süresinin ve hemodiyaliz hastalarında haftalık seans sayısının etkin ve etkin olmayan baş etme yöntemi kullanımını etkilemediği belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3.7, Tablo 4.3.8, Tablo 4.3.9.a, Tablo 4.3.9.b, Tablo 4.3.10, Tablo 4.3.11, Tablo 4.3.12, Tablo 4.3.13, Tablo 4.3.14).

6. 2. Öneriler

Hemodiyaliz ve SAPD hastalarının kullandıkları baş etme biçimlerinin incelendiği araştırma sonuçlarına dayalı olarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından,
 - Etkin baş etme yöntemini kullanımın azlığı nedeniyle hemodiyaliz hastalarında emekli olan ve çalışmayan, gelir durumunu olumsuz değerlendiren, aldığı eğitimi yeterli bulmayan, ruhsal desteği olmayan; SAPD hastalarında çalışan hastaların,
 - Etkin olmayan baş etmeyi fazla kullanımı nedeniyle hemodiyaliz hastalarında sosyal desteğini olumsuz değerlendiren, eğitim düzeyi düşük olan; SAPD hastalarında sosyal desteğini olumsuz olarak değerlendiren, eğitim düzeyi düşük olan, çalışmayan, ruhsal desteği olmayan hastaların riskli grup olarak belirlenmesi, bu birimlerde çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitimlerinde riskli gruplar hakkında bilgilendirilmesi, bu hastalara müdahale ederken kullanabilecekleri danışmanlık becerileri kazandırılması önerilebilir.
2. Her iki hasta grubunda da çalışmayan hastalarda etkin olmayan baş etme yöntemi kullanımı artmakta; hemodiyaliz hastalarında gelir durumunu olumsuz değerlendirenlerde etkin baş etme yöntemi kullanımını azalmaktadır. Bu sonuçlara dayalı olarak bu hastaların sosyal hizmet

alanlarından yardım alabilmeleri ve kendi sınırları dahilinde yapabilecekleri iş ve ek gelir olanakları konusunda danışmanlık için planlamaların yapılması önerilebilir.

3. Hemodiyaliz öncesi eğitimi yeterli bulmayanların etkin baş etme yöntemini az düzeyde kullanmaları nedeniyle, bu konuda gereksinilen etkin eğitim programının düzenlenmesi, verilmesi ve yaygınlaştırılması için hemşirelerin bilinç kazanmalarının ve sorumluluk almalarının sağlanması,
4. Ruhsal desteği olmayan hemodiyaliz hastalarında etkin baş etmenin azalması; SAPD hastalarında ise etkin olmayan baş etmenin artması ve sosyal desteğini olumsuz olarak değerlendiren her iki gruptaki hastalarda da etkin olmayan baş etmenin artması nedeniyle; hemşirelerin hastaların destek sistemlerini değerlendirmeleri ve bireylere kullanabilecekleri destek sistemleri hakkında danışmanlık yapmaları,
5. Hastaların destek gereksinimleri ve bunun baş etmedeki etkisine ilişkin bulgular ışığında; bu tür hastaların bir arada bulunup etkileşebileceği kendine yardım grupları veya sivil toplum örgütlerinin kurulması önerilebilir.
6. Değişik diyaliz tedavi biçimleri uygulanan hastaların, belli faktörler kontrol edilerek baş etmelerinde zaman içerisinde oluşan değişimi belirlemek amacıyla uzunlamasına çalışmaların, diyaliz hastaları ile stresle baş etmede başvurdukları yöntemleri derinlemesine araştıran çalışmaların ve riskli hastalara erken evrede müdahale amacıyla bütüncül bakıma ilişkin uygulamaların etkinliğini inceleyen çalışmaların planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Abram, H.S., Moore, G.L., Westeivelt, F.B., Suicidal behaviour in chronic dialysis patients, *Am. J. of Psychiatry*, 127 (9), 1199-1204, 1971.
2. Aguilera, D. C., *Crisis Intervention Theory and Methodology*, 8th Edition, Mosby, St Louis, 1998.
3. Akdemir, N., Birol, L., İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Vehbi Koç Vakfı Yayını, İstanbul, s. 578-603, 2003.
4. Akıncı, F., Hemodiyalize giren hastaların psikososyal sorunları ve hemşirelerin sorumlulukları, *Hemşirelik Forumu*, 3(2), 1-5, 2000.
5. Akıncı, F.Y., Öz, F., Histerektomi Sonrası Baş Etme Yöntemleri ve Ruhsal Belirtiler, V. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, Novartis A. Ş., İstanbul, s. 356-364, 1999.
6. Akoğlu, E., Süleymanlar, G., Kronik böbrek yetmezliği, “İç Hastalıkları” (Ed. G. İliçin, K. Biberoglu, G. Süleymanlar, S.Ünal)’da, Güneş Kitabevi Ltd. Şti., Ankara, s. 1298-1308, 2003.
7. Arık, N., Sungur, C., Ersoy, F., Süleymanlar, G., Kronik böbrek yetmezliği tedavisi, “İç Hastalıkları” (Ed. G. İliçin, K. Biberoglu, G. Süleymanlar, S. Ünal)’da, Güneş Kitabevi Ltd. Şti., Ankara, s. 1308-1340, 2003.
8. Ataman, R., Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi, *Aktüel Tıp Dergisi*, 2(4), 238-243, 1997.
9. Baldree, K.S., Murphy, S.P., Powers, M.J., Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis, *Nursing Research*, 31, 107- 112, 1982.
10. Barlas, G., İstanbul İli Hemodiyaliz Birimlerinde Çalışan Hemşirelerde Görülen Depresyon Belirtileri ve Başa Çıkma Yöntemleri, *Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1998.
11. Barnfather, J.S., History, overview and project methodology, “Stress and Coping: State of the Science and Implications for Nursing Theory, Research and Practice” (Ed. J.S. Barnfather ve B.L. Lyan)’de, Sigma Theta Tau International Inc., Indianapolis, Indiana, 1993.

12. Billings, A.G., Moos, R.H., The role of coping responses and social resources in attenuating the stres of life events, *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157, 1981.
13. Birol, L., Akdemir, N., Bedük, T., İç Hastalıkları Hemşireliği, 4. Baskı. Vehbi Koç Yayınları, Ankara, 1993.
14. Burns, D., Physical and psychosocial adaptation of blacks on hemodialysis, *Applied Nursing Research*, 17 (2), 116-124, 2004.
15. Burton, H.J., Kline, S.A., Lindsay, R.M., Heidenheim, P., The role of support in influencing outcome of end-stage renal disease, *General Hospital Psychiatry*, 10, 260-266, 1988.
16. Burton, H.J., Lindsay, R.M., Kline, S.A., Social support as a mediator of psychological disfunctioning and a determinant of renal failure outcomes, *Clin. Exp. Dial. Aph.*, 7, 371-389, 1983.
17. Bury, M., The sociology of chronic illness: a review of research and prospects, *Sociology of Health & Illness*, 13 (4), 451-468, 1991.
18. Caress, A.-L., Luker, K.A., Owens, R.G., A descriptive study of meaning of illness in chronic renal disease, *Journal of Advanced Nursing*, 33 (6), 716-727, 2001.
19. Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K., Assesing coping strategies: a theoretically based approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283, 1989.
20. Chowanec, G.D., Binik, Y.M., End stage renal disease and the marital dyad: an ampirical investigation, *Social Science and Medicine*, 28 (9), 971-983, 1989.
21. Christensen, A.J., Holman, J.M., Turner, C.W., Quality of life in end-stage renal disease: influence of renal transplantation, *Clinical Transplantation*, 3, 46-53, 1989.
22. Christensen, A.J., Turner, C.W., Slaughter, J.R., Perceived family support as a moderator of psychological well-being in end-stage renal disease, *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 249-265, 1989.

23. Coşkunol, H., Akarsu, D., İşler, M., Başçı, A., Saygılı, R., Diyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Semptomlar, XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Özeti Kitabı, İzmir, 1990.
24. Cöngel, M., Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve İntihar Düşüncesine Etkili Faktörlerin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servis Şefliği, İstanbul, 1996.
25. Craven, J.L., Rodin, G. M., Johnson, L., Kennedy, S. H., The diagnosis of major depression in renal dialysis patients, *Psychosomatic Medicine*, 49(7), 482-492, 1987.
26. Daigle, M.C., Stewart, M., Support and coping of male hemodialysis dependent patients, *International Journal of Nursing Studies*, 34(6), 420-430, 1997.
27. Defares, P.B., Brandjes, M., Noss, C.H., Van der Ploeg, J.D., Coping styles, social support and sex differences, "Social Support; Theory, Research and Applications" (Ed. I.G.Sarason ve B.R. Sarason)'da, Martinus Nijhoff, Dordrecht, s. 173-186, 1985.
28. De-Nour, A. K., Social adjustment of chronic hemodialysis patients, *American Journal of Psychiatry*, 139(1), 97-99, 1982.
29. De-Nour, A. K., Czackes, J. W., Bias in assessment of patients on chronic dialysis, *J. Psychosom. Res.*, 18, 217-221, 1974.
30. Devins, G.M., Hollomby, D.J., Binik, Y. M., Helplessness and depression in end-stage renal disease, *Journal of Abnormal Psychology*, 90(6), 531-545, 1981.
31. Devins, G.M., Mandin, H., Binik, Y.M., Denial as a defense against depression in end-stage renal disease, an empirical test, *Int'L.J. of Psychiatry in Medicine*, 16(2), 151-163, 1987.
32. Diaz-Buxo, J.A., Suki, W. N., Automated peritoneal dialysis. "The Textbook of Peritoneal Dialysis" (Ed. R. Gokal, K.D. Nolph)'de, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht-The Netherlands, s. 399-418, 1994.
33. Dimond, M., Social support and adaptation to chronic illness: the case of maintenance hemodialysis, *Res. Nurs. Health*, 2, 101-108, 1979.

34. Dimond, M., Patient strategies for managing maintenance hemodialysis, *Western Journal of Nursing Research*, 2, 555-574, 1980.
35. Disability Statistics Program, Disability Statistics Abstracts, San Francisco School of Nursing, University of California, 1991.
36. Ducharme, F., Rowat, K., Conjugal support, family coping behaviours and the well being of elderly couples, *The Canadian Journal of Nursing Research*, 24(1), 5-22, 1992.
37. Durak, A., Palabıyıkoglu, R., Beck umutsuzluk ölçeği geçerlik çalışması, *Kriz Dergisi*, 2(2), 311-319, 1994.
38. Durmaz Akyol, A., Karadakovan, A., Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi, *Ege Tıp Dergisi*, 41(2), 97-102, 2002.
39. Durna, Z., Özcan, Ş., Erdoğan, N., Yeşiltepe, G., Düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyleri, *Hemşirelik Forumu*, 3(2), 6-13, 2000.
40. Ecder, T., Bozfakıoğlu, S., Ark, E., Hemodiyalizde komplikasyonlar, *Aktüel Tıp Dergisi*, 2(4), 212-217, 1997.
41. Eichel, C.J., Stres and coping in patients on CAPD compared to hemodialysis patients, *American Nephrology Nurses Association Journal*, 13(1), 9-13, 1986.
42. Einwohner, R., Bernardini, J., Fried, L., Piraino, B., The effect of depressive symptoms on survival in peritoneal dialysis patients, *Perit. Dial. Int.*, 24, 256-263, 2004.
43. Erdil, F., Elbaş, N.Ö., Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 3. Baskı, 72 Tasarım-Ofset Ltd. Şti., Ankara, 1999.
44. Ereke, E., Serdengeçti, K., Süleymanlar, G., Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, *Türk Nefroloji Derneği Yayınları*, İstanbul, s. 2-28, 2003.
45. Evans, R. W., Manninen, D. L., Garrison, L. P., Hart, L. G., Blagg, Ch. R., Gutman, R. A., Hull, A. R., Lowrie, E. G., The quality of life of patients with end-stage renal disease, *The New England Journal of Medicine*, 321, 553-559, 1985.

46. Folkman, S., Lazarus, R. S., An analysis of coping in a middle aged community sample, *J. Health Soc. Behav.*, 21, 21-239, 1980.
47. Folkman, S., Lazarus, R. S., If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination, *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170, 1985.
48. Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel- Schetter, C., De Longis, A., Gruen, R. J., Dynamics of a stressful encounter. Cognitive, appraisal, coping and encounter outcomes, *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992-1003, 1986.
49. Folkman, S., Lazarus, R.S., Pimley, S., Novacek, J., Age differences in stress and coping processes, *Psychology and Aging*, 2, 171-184, 1987.
50. Funch, D. P., Metlin, C., The role of support in relation to recovery from breast surgery, *Social Science and Medicine*, 16, 91-98, 1982.
51. Gottlieb, B.H., Marshalling social support: the state of the art in research and practice, "Marshalling Social Support: Formats, Processes and Effects" (Ed. B.H. Gottlieb)'de, Newbury Park C.A., Sage, s. 11-51, 1988.
52. Gök, Ş., Anksiyete ve Depresyonda Stresle Başa Çıkma, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. İstanbul, 1995.
53. Greene, W.A., Problems in discontinuation of hemodialysis, "Psychonephrology II. Psychological Problems in Kidney Failure and Their Treatment" (Ed. N.B. Levy)'da. New York Plenum, New York, s. 131-143, 1983.
54. Grumke, J., King, K., Missouri kidney program's patient education program: a 10 years review, *Dialysis and Transplantation*, 23(12), 1994.
55. Gurklis, J.A., Menke, E.M., Identification of stressors and use of coping methods in chronic hemodialysis patients, *Nursing Research*, 37, 236-239, 248, 1988.
56. House, A., Psychosocial problems of patients on the renal unit and their relation to treatment outcome, *J. Psychosom. Res.*, 31, 441-452, 1987.

57. İnce, E., Uzun Süreli Hemodiyaliz Hastaları ile Romatoid Artrit Tanısı Almış Hastaların Ruhsal Bozukluklar Açısından Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1993.
58. Kaçar, G.Y., Düzenli Hemodiyaliz Tedavisinde Olan Hastalara Uygulanan Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1995.
59. Kağıtçıbaşı, Ç., İnsan-Aile- Kültür, 3. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1990.
60. Kaya, B., Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulayan Hastaların Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1998.
61. Kelleci, M., Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 1998.
62. Kimmel, P.L., Psychosocial factors in dialysis patients, *Kidney International*, 59, 1599-1613, 2001.
63. Kimmel, P.L., Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes, *American Journal of Kidney Diseases*, 35 (4-1), 132-140, 2000.
64. Kimmel, P.L., Peterson, R.A., Weihs, K.L., Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients, *Kidney International*, 54, 245-254, 1998.
65. Kimmel, P. L., Thamer, M., Richard, C. M., Ray, N. F., Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease, *Am. J. Med.*, 105, 214-221, 1998.
66. Kimmel, P.L., Weihs, K., Peterson, R. A., Survival in hemodialysis patients: The role of depression (Abstract), *J. Am. Soc. Nephrol.*, 4(1), 12-27, 1993.
67. Klang, B., Björvell, H., Berglund, J., Sundstedt, C., Clyne, N., Predialysis patient education: effects on functioning and well-being in uraemic patients, *Journal of Advanced Nursing*, 28 (1), 36-44, 1998.

68. Lazarus, R.S., Folkman, S., Stress, Appraisal and Coping, Springer Publishing Company, New York, 1984.
69. Levy, N.B., Chronic Renal Disease, Dialysis and Transplantation, "Principles of Medical Psychiatry" (Ed. A. Stondemine, B.S. Fogel)'de. Grune & Stratton Inc. Harcourt Brace Jonavich Publ., s. 583-593, 1987.
70. Lew, S.Q., Pirainot, B., Quality of life and psychological issues in peritoneal dialysis patients, Seminars In Dialysis, 18 (2), 119-123, 2005.
71. Lindqvist, R., Sjöden, P.-O., Coping strategies and quality of life among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis, Journal of Advanced Nursing, 27, 312-319, 1998.
72. Lok, P., Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia, Journal of Advanced Nursing, 23, 873-881, 1996.
73. Loupecis, A., Murhead, N., Keown, P., Wong, C., A disease specific questionnaire for assessing quality of life in patients on hemodialysis, Nephron, 60, 302-306, 1992.
74. Lyon, B. L., Werner, J. S., Stress, "Annual Review of Nursing Research" (Ed. J. Fitzpatrick ve R. Taunton)'de, Springer Publishing Company, New York, 1987.
75. Mcnett, S., Social support, threat and coping responses and effectiveness in the functionally disabled, Nursing Research, 36, 98-103, 1987.
76. Mok, E., Tam, B., Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong-Kong, Journal of Clinical Nursing, 10, 503-511, 2001.
77. Neto, J. F., Ferraz, M. B., Cendoroglo, M., Draibe, S., Yu, L., Sesso, R., Quality of life at the initiation of maintenance dialysis treatment- a comparison between the SF-36 and the KDQ questionnaires, Qual. Life Res., 9, 101-107, 2000.
78. Nichols, K.A., Springford, V., The psychosocial stressors associated with survival by dialysis, Behavioral Research and Therapy, 22(5), 563-574, 1983.

79. Nissenson, A. R., Measuring, managing, and improving quality in the end-stage renal disease treatment setting: peritoneal dialysis, *Am. J. Kidney Dis.*, 24, 368-375, 1994.
80. Öz, F., Cerrahi Girişim Sürecinde Yaşanan Psikiyatrik ve Psikososyal Sorunlar, V. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, Novartis A.Ş., İstanbul, s. 56-60, 1999.
81. Özeltin, G., Psikiyatride disiplinlerarası yaklaşımlar ve ekip çalışması, "Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı" (Ed. N. Kum)'nda, Birlik Ofset Ltd. Şti., Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, s.181- 188, 1996.
82. Özatalay, E., Kronik Hemodiyaliz Programındaki Hastalarda Anksiyete, Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Erzurum, 1990.
83. Özçürümez, G., Tanrıverdi, N., Zileli, L., Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(1), 72-80, 2003.
84. Özkan, S., Kronik böbrek hastalığı ve diyalizde psikiyatrik morbidite, *Psikiyatrik Tıp Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi*, Roche, İstanbul, 1993.
85. Özpoyraz, N., Yalçın, E., İnal, M., Konsültasyon- liyezon psikiyatrisi: tanımı, gelişimi, işlevleri ve uygulamaları, *Arşiv*, 5(2), 69-79, 1996.
86. Patel, S.S., Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis, *Am. J. Kidney Dis.*, 40(5), 1013-1022, 2002.
87. Pektekin, Ç., Psikiyatri Hemşireliğinde Temel Kavramlar, "Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı" (Ed. N. Kum)'nda, Birlik Ofset Ltd. Şti. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, s. 25- 37, 1996.
88. Polaschek, N., Living on dialysis: concerns of clients in a renal setting, *Journal of Advanced Nursing*, 41(1), 44-52, 2003.
89. Primono, J., Yates, B.C., Woods, N.F., Social support for women during chronic illness: the relationship among sources and types to adjustment, *Research in Nursing and Health*, 13, 153-161, 1990.
90. Procci, W.R., Goldstein,D.A., Kletzky, O.A., Impotence in uremia. Preliminary results of combined medical and psychiatric investigation.

- “Psychonephrology II. Psychological Problems in Kidney Failure and Their Treatment” (Ed. N.B. Levy)’da. New York Plenum, New York, s. 235-246, 1983.
91. Pucheu, S., Consoli, S.M., D’Auzac, C., Français, P., Issad, B., Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients, *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 317-322, 2004.
 92. Rahe, R. H., Editorial, *J. Hum. Stres*, 1(2), 3, 1975.
 93. Reiss, D., Gonzalez, S., Kramer, N., Family process, chronic illness, and death: On the weakness of strong bonds, *Arch. Gen. Psychiatry*, 43, 795-804, 1986.
 94. Rettig, R.A., Lohr, K.M., Measuring, managing and improving quality in the end-stage renal disease treatment setting, *American Journal of Kidney Diseases*, 24(2), 228-234, 1994.
 95. Rideout, E.M., Rodin, M.G., Littlefield, G.H., Stress, social support and symptoms of depression in spouses of the medically ill, *Int’l. J. Psychiatry in Medicine*, 20(1), 37-48, 1990.
 96. Rodin, G.M., Depression in patients with end-stage renal disease. Psychopathology or normative response?, *Adv. Ren. Replace. Ther.*, 1(3), 219-227, 1994.
 97. Salehnia, M., Hemodiyaliz ve SAPD Gören Hastalarda Psikiyatrik Değerlendirme, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, 2000.
 98. Salek, S., Quality of life assessment in patients on peritoneal dialysis: a review of the state of the art, *Proceedings of the ISPD’95, The VIIth Congress of the ISPD, June 1995, Stockholm, Sweden, Perit. Dial. Int.*, 16, S1, 1996.
 99. Savrun, B. M., Salehnia, M., Altıparmak, M.R., Kocabaşoğlu, N., Balcıoğlu, İ. Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda psikopatoloji: Hemodiyaliz hastaları ile karşılaştırma, *Düşünen Adam*, 14(1), 24-28, 2001.
 100. Sayıl, I., Berksun, O. E., Palabıyıkoglu, R., Devrimci Özgüven, H., Soykan, Ç., Haran, S., Kriz ve Krize Müdahale, Ankara Üniversitesi

- Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları No: 6, Ankara, s. 7-23, 2000.
101. Selye, H., *The Stress of Life*, Mc Graw Hill, New York, 1956.
 102. Selye, H., *The Stress of Life*, Mc Graw Hill, New York, 1976.
 103. Shaver, M. J., Kronik böbrek yetersizliği, "Cecil Essentials of Medicine" (Ed. C.J. Charles, Carpenter, C. Robert, Griggs, J. Loscalzo)'da, (Çeviren: Akın S., Alican İ., Saruhan Dreskeneli G.), Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, 2002.
 104. Shidler, N.R., Peterson, R.A., Kimmel, P.L., Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency, *American Journal of Kidney Diseases*, 32 (4), 557-566, 1998.
 105. Smeltzer, S.C., Bare, B.G., *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*, 8th Edition, J. B. Lippincott Company, Philadelphia, s. 106-118, 318-324, 1154-1167, 1196-1204, 1996.
 106. Soskolne, V., De-Nour A.K., The psychosocial adjustment of patients and spouses to dialysis treatment, *Soc. Sci. Med.*, 29 (4), 497-502, 1989.
 107. Solomon, Z., Waysman, M., Mikulincer, M., Family functioning, perceived social support and combat-related psychopathology: the moderating role of loneliness, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(4), 456-472, 1990.
 108. Steele, E.T., Wuerth, D., Finkelstein, S., Juergensen, D., Juergensen, P., Kliger, A.S., Finkelstein, F.O., Sexual experience of the chronic peritoneal dialysis patient, *Journal of American Society of Nephrology*, 7(8), 1165-1168, 1996.
 109. Stone, A.A., Neale, J.M., New measure of daily coping: development and preliminary results, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 892-906, 1984.
 110. Suet-Ching, W.L., The quality of life for Hong-Kong dialysis patients, *Journal of Advanced Nursing*, 35 (2), 218-227, 2001.
 111. Şentürk, A., Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Hastalarında Psikopatoloji, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, 1999.

112. Telaferli, B., Sürekli Hemodiyaliz Tedavisinde Genel Uyum ve Prognoz Üzerine Etkili Ruhsal Faktörler, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, 1992.
113. Thoits, P.A., Gender Differences In Coping with Emotional Distress, “The Social Context of Coping” (Ed. Eckenrode)’da, Plenum Press, New York, s. 107-138, 1991.
114. Tsaltas, M.O., Children of home dialysis patients, JAMA, 236, 2764-2766, 1976.
115. Tsay, S.-L., Lee, Y.-C., Lee, Y.-C., Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease, Journal of Advanced Nursing, 50(1), 39-46, 2005.
116. Tunmore, R., Setting the pace, Nursing Times, 86(34), 29-32, 1990.
117. Twardowski, Z.J., Kinetics of APD, 17th Annual Conference on Peritoneal Dialysis, Denver Colorado, s. 43-80, 1997.
118. Valderrabano, F., Jofre, R., Lopez- Gomez, J. M., Quality of life in end-stage renal disease patients, Am. J. Kidney Dis., 38, 443-464, 2001.
119. Wolcott, D.L., Nissenson, A.R., Lonswerk, J., Quality of life in chronic dialysis patients, General Hospital Psychiatry, 10, 267-277, 1988.
120. Zmore, R., Shepel, L.F., Effects of breast cancer and mastectomy on emotional support and adjustment, Social Science and Medicine, 28, 19-27, 1989.

**EK 1. HEMODİYALİZ/SAPD TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALARIN
STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİNİN BELİRLENMESİ ADLI
ARAŞTIRMANIN YAZILI ONAM FORMU**

Araştırmacının Adı: Duygu Hiçdurmaz

Ben, hemodiyaliz ve SAPD tedavisi gören hastaların stresle başa çıkma yollarının belirlenmesi üzerine çalışan bir araştırmacıyım. Bu çalışma ile, siz ve sizin gibi hemodiyaliz ya da sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) tedavisi gören hastaların stresle başa çıkma yollarının belirlenmesi, biz hemşirelere sizlere yardım edebilmemiz amacıyla yararlı bilgiler sağlayacaktır. Araştırma ve araştırmada uygulanacak işlemler için Hacettepe, Gazi, Ankara ve Başkent Üniversitesi hastanelerinden izin alınmıştır. Araştırma sırasında iki soru formunu yanıtlayacaksınız. Bu formlarda sizi tanımlayıcı sorular da bulunmaktadır ve araştırmaya katılmanız 30 dakikalık bir süreyi alacaktır. Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır, bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Bu çalışmada hiçbir şekilde adınız anılmayacak, başka bir yerde belirtilmeyecektir. Bütün verileri araştırmacı toplayacak, yalnızca araştırma için kullanacak ve sizin izniniz olmadıkça kimse ile paylaşmayacaktır.

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

Katılımcının imzası

Tarih

Bu çalışma ile ilgili bilgileri yukarıda adı geçen katılımcıya açıkladım ve yazılı onamını aldım.

Araştırmacının imzası

Tarih

EK 2A. HEMODİYALİZ HASTA BİLGİ FORMU

1- Yaşınız...

2- Cinsiyetiniz

a) Kadın

b) Erkek

3- Eğitim durumunuz:

a) Okur-yazar değil

b) Okur-yazar

c) İlkokul mezunu

d) Ortaokul mezunu

e) Lise mezunu

f) Üniversite mezunu

4- Mesleğiniz...

5- Mesleğinizde ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

a) Hiç çalışmadım

b) 0-3 yıl

c) 4-6 yıl

d) 7-9 yıl

e) 10 yıl ve üzeri

6- Sosyal güvenceniz:

a) Güvencem yok

b) SSK

c) Bağ-kur

d) Emekli Sandığı

e) Yeşil Kart

f) Özel sağlık sigortası

7- Medeni haliniz:

- a)Evli
- b)Bekar
- c)Dul
- d)Boşanmış

8- Evli iseniz; kaç yıldır evlisiniz?

9- Evli iseniz; çocuğunuz var mı?

- a)Evet
- b)Hayır

10- Çocuğunuz varsa; sayısı nedir?

11- Gelir durumunuzu nasıl buluyorsunuz?

- a) İyi
- b)Orta
- c)Kötü

12- Ailenizin toplam aylık geliri ne kadardır?

- a) 900 milyon ve üzeri
- b) 600-899 milyon arası
- c) 599-301 milyon arası
- d) 300 milyon ve altı

13- Evinizde sizinle birlikte yaşayan kişiler kimlerdir?

.....

14- Evinizde sizinle birlikte yaşayan kişilerden bakımınıza destek olanlar var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

15- Bakımınıza destek olan başka kişiler var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

16- Bakımınıza destek olan kişiler kimlerdir?

.....

17- Bakımınıza destek olan kişiler varsa, bu kişiler sizi hangi açılardan destekliyorlar? (Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)

- a) Fiziksel açıdan
- b) Ekonomik açıdan
- c) Ruhsal açıdan

18- Bakımınıza destek olan kişilerin verdiği desteği nasıl buluyorsunuz?

- a) Yeterli
- b) Orta düzeyde yeterli
- c) Yetersiz

19- Hastalık tanısı aldıktan ne kadar sonra diyaliz tedavisi görmeye başladınız?

- a) İlk 1 ay içinde
- b) ...ay ...yıl sonra

20- Ailenizde sizden başka hemodiyaliz tedavisi gören birey oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

21- Haftada kaç kez hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz?

- a) 1 kez
- b) 2 kez
- c) 3 kez

22- Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz?

.....ayyıl

23- Böbrek hastalığı dışında başka kronik hastalıklarınız var mı?

a) Evet

b) Hayır

24- Başka kronik hastalıklarınız varsa; bu hastalıklar nelerdir?

a) Diyabet

b) Hipertansiyon

c) Romatizma

d) Kalp sorunları

e) Diğer (Açıklayınız:.....)

25- Hemodiyaliz tedavisi görmeye başlayınca buna yönelik eğitim aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır

26- Hemodiyaliz tedavisine yönelik eğitim aldıysanız, sizce bu eğitim yeterli miydi?

a) Evet

b) Hayır

27- Hemodiyaliz tedavisine başlamak yaşamınızda ne tür değişiklikler yaptı? (Cevaplarken birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

Psikolojik Alanda;

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| a) Değişiklik olmadı. | g) Çabuk sinirlenme |
| b) Öfke | h) Kendine güvensizlik |
| c) Ümitsizlik | ı) Stres |
| d) Hayal kırıklığı | i) Bağımlılık duygusu |
| e) Endişe | j) Gelecek kaygısı |
| f) Ölüm korkusu | |

Sosyal Alanda;

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| a) Değişiklik olmadı | f) Aile içi ilişkilerde bozulma |
| b) İş kaybı | g) Yaşam tarzında değişim |
| c) Sosyal etkileşimin azalması | h) Rollerini yerine getirmede değişim |
| d) Sosyal etkileşimin artması | |
| e) Sosyal etkileşimde bozulma | |

Fiziksel Alanda;

- | | |
|----------------------------|---|
| a) Değişiklik olmadı | h) Baş ağrısı |
| b) Tansiyon değişiklikleri | ı) Cilt sorunları (Pullanma, renk değişimi) |
| c) Halsizlik | i) Nefes darlığı |
| d) Bulantı-kusma | j) Uyku sorunları |
| e) İştahsızlık | k) Diğer |
| f) Cinsel sorunlar | |
| g) Kaşıntı | |

Diğer Alanlarda;

- | |
|----------------------|
| a) Değişiklik olmadı |
| b) Ekonomik sorunlar |
| c) Ulaşım sorunları |

28- Bireyler kronik böbrek yetmezliği, hemodiyaliz veya SAPD tedavisi gibi nedenlerle çeşitli güçlüklerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Her birey bu güçlüklerle farklı biçimde baş etmeye çalışmaktadır. Kimileri sorunlarla baş etmek için gerçekçi çözümler üretmeye çalışmak gibi etkili yöntemler kullanırken, kimileri alkol içme, yemek yeme gibi etkili olmayan yöntemler kullanmaktadırlar. Bu doğrultuda siz yaşadığınız güçlüklerle baş etmenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Etkili baş ediyorum
- b) Orta düzeyde etkili (Bazen etkili, bazen etkisiz) baş ediyorum
- c) Etkisiz baş ediyorum

EK 2B. SAPD HASTA BİLGİ FORMU

1- Yaşınız...

2- Cinsiyetiniz

a) Kadın

b) Erkek

3- Eğitim durumunuz:

a) Okur-yazar değil

b) Okur-yazar

c) İlkokul mezunu

d) Ortaokul mezunu

e) Lise mezunu

f) Üniversite mezunu

4- Mesleğiniz...

5- Mesleğinizde ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

a) Hiç çalışmadım

b) 0-3 yıl

c) 4-6 yıl

d) 7-9 yıl

e) 10 yıl ve üzeri

6- Sosyal güvenceniz:

a) Güvencem yok

b) SSK

c) Bağ-kur

d) Emekli Sandığı

e) Yeşil Kart

f) Özel sağlık sigortası

7- Medeni haliniz:

- a)Evli
- b)Bekar
- c)Dul
- d)Boşanmış

8- Evli iseniz; kaç yıldır evlisiniz?

9- Evli iseniz; çocuğunuz var mı?

- a)Evet
- b)Hayır

10- Çocuğunuz varsa; sayısı nedir?

11- Gelir durumunuzu nasıl buluyorsunuz?

- a) İyi
- b)Orta
- c)Kötü

12- Ailenizin toplam aylık geliri ne kadardır?

- a) 900 milyon ve üzeri
- b) 600-899 milyon arası
- c) 599-301 milyon arası
- d) 300 milyon ve altı

13- Evinizde sizinle birlikte yaşayan kişiler kimlerdir?

.....

14- Evinizde sizinle birlikte yaşayan kişilerden bakımınıza destek olanlar var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

15- Bakımınıza destek olan başka kişiler var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

16- Bakımınıza destek olan kişiler kimlerdir?

.....

17- Bakımınıza destek olan kişiler varsa, bu kişiler sizi hangi açılardan destekliyorlar? (Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)

- a) Fiziksel açıdan
- b) Ekonomik açıdan
- c) Ruhsal açıdan

18- Bakımınıza destek olan kişilerin verdiği desteği nasıl buluyorsunuz?

- a) Yeterli
- b) Orta düzeyde yeterli
- c) Yetersiz

19- Hastalık tanısı aldıktan ne kadar sonra diyaliz tedavisi görmeye başladınız?

- a) İlk 1 ay içinde
- b) ...ay ...yıl sonra

20- Ailenizde sizden başka SAPD tedavisi gören birey oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

21- Ne kadar süredir SAPD tedavisi alıyorsunuz?

.....ayyıl

22- Böbrek hastalığı dışında başka kronik hastalıklarınız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

23- Başka kronik hastalıklarınız varsa; bu hastalıklar nelerdir?

- a) Diyabet
- b) Hipertansiyon
- c) Romatizma
- d) Kalp sorunları
- e) Diğer (Açıklayınız:.....)

24- SAPD tedavisine başlamak yaşamınızda ne tür değişiklikler yaptı?

(Cevaplarken birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

Psikolojik Alanda;

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| a) Değişiklik olmadı. | g) Çabuk sinirlenme |
| b) Öfke | h) Kendine güvensizlik |
| c) Ümitsizlik | ı) Stres |
| d) Hayal kırıklığı | i) Bağımlılık duygusu |
| e) Endişe | j) Gelecek kaygısı |
| f) Ölüm korkusu | k) Dışlanma korkusu |

Sosyal Alanda;

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| a) Değişiklik olmadı | f) Aile içi ilişkilerde bozulma |
| b) İş kaybı | g) Yaşam tarzında değişim |
| c) Sosyal etkileşimin azalması | h) Rollerini yerine getirmede değişim |
| d) Sosyal etkileşimin artması | |
| e) Sosyal etkileşimde bozulma | |

Fiziksel Alanda;

- | | |
|----------------------------|---|
| a) Değişiklik olmadı | h) Başağrısı |
| b) Tansiyon değişiklikleri | ı) Cilt sorunları (Pullanma, renk değişimi) |
| c) Halsizlik | i) Nefes darlığı |
| d) Bulantı-kusma | j) Uyku sorunları |
| e) İştahsızlık | k) Diğer |
| f) Cinsel sorunlar | |
| g) Kaşıntı | |

Diğer Alanlarda;

- a) Değişiklik olmadı
- b) Ekonomik sorunlar
- c) Ulaşım sorunları
- d) Ev ortamında değişiklik yapma zorunluluğu
- e) Diğer

25- Bireyler kronik böbrek yetmezliği, hemodiyaliz veya SAPD tedavisi gibi nedenlerle çeşitli güçlüklerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Her birey bu güçlüklerle farklı biçimde baş etmeye çalışmaktadır. Kimileri sorunlarla baş etmek için gerçekçi çözümler üretmeye çalışmak gibi etkili yöntemler kullanırken, kimileri alkol içme, yemek yeme gibi etkili olmayan yöntemler kullanmaktadırlar. Bu doğrultuda siz yaşadığınız güçlüklerle baş etmenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Etkili baş ediyorum
- b) Orta düzeyde etkili (Bazen etkili, bazen etkisiz) baş ediyorum
- c) Etkisiz baş ediyorum

EK 3. STRESLE BAŞ ETME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Yaşam boyu ortaya çıkan bazı olaylar insan hayatında değişikliklere yol açar. Bu değişiklikler kişiyi farklı düşünce, duygu ve davranışlara yöneltir. Biz kişilerin hayatlarında stresli olaylar yada zorluklarla karşılaştıkları zaman nasıl yanıt verdikleri ile ilgileniyoruz.

Stresle başa çıkmanın pek çok yolu vardır. Bu ölçek stresli olayla karşılaştığınız zaman genellikle ne yaparsınız, ne hissedersiniz sorusuna yanıt aramaktadır. Yoğun bir stres altında olduğunuzda genellikle ne yaptığınızı düşünün. Daha sonra aşağıdaki ölçek maddelerini elinizdeki numaralara göre ne sıklıkta yaptığınızı düşünün. Yanıtlarınızı dikkatlice seçin ve mümkün olduğunca sizin için en uygun olanını söyleyin. Başka insanlar ne yapar, ne düşünür diye düşünmeyin. Stresli olayla karşılaştığınızda ne yaptığınızı belirtin.

ÖRNEK:Stresli olayla karşılaştığım zaman: **PUANLAMA:**

- | | |
|---|---------------------------|
| (4) 1-Deneyimlerimin sonuçlarına göre kendimi geliştirmeye çalışırım. | (1):Hiçbir zaman yapmam |
| | (2):Arada sırada yaparım |
| | (3):Orta derecede yaparım |
| | (4):Sıklıkla yaparım. |

- () 1.Deneyimlerimin sonuçlarına göre kendimi geliştirmeye çalışırım.
- () 2.Üzülürüm ve duygularımı dışa vururum.
- () 3.Ne yapılacağı konusunda başkalarından öğüt almaya çalışırım.
- () 4.Çabalarımı bu konuda bir şey yapmak üzerine yoğunlaştırırım.
- () 5.Kendime bunun gerçek olmadığını söylerim.
- () 6.Tamamiyle Allah'a güvenirim.
- () 7.Duruma güler geçerim.
- () 8.Bununla baş edemeyeceğimi kabul ederim ve denemekten vazgeçerim.
- () 9.Duygularımı başkası ile tartışırım.
- () 10.Kendimi iyi hissetmek için alkol yada ilaç alırım.
- () 11.Olayın olduğu fikrine kendimi alıştırırım.
- () 12.Durum hakkında daha fazla bilgi edinmek için başkasıyla konuşurum.

() 13.Zihnimi diğer düşünce ve faaliyetlerin meşgul etmesinden uzak tutarım.

() 14.Üzülürüm ve tamamen olayın farkında olurum.

() 15. Allah'tan yardım isterim.

() 16.Harekete geçmek için plan yaparım.

() 17.Olay hakkında şakalar yaparım.

() 18.Olayın olduğunu ve artık değiştiremeyeceğini kabul ederim.

() 19.Arkadaşlarımdan ve akrabalarımdan duygusal destek almaya çalışırım.

() 20.Hedefime ulaşmaya çalışmaktan vazgeçerim.

() 21.Sorundan kurtulmaya yönelik ek eylemlere girişirim.

() 22.Alkol ya da ilaç alarak bir süre için kendimden geçmeye çalışırım.

() 23.Böyle bir şeyin olduğuna inanmayı reddederim.

() 24.Duygularımı açıkça belli ederim.

() 25.Olayı daha olumlu görmek için farklı bir açıdan bakarım.

() 26.Sorun hakkında somut bir şeyler yapabilecek biri ile konuşurum.

() 27.Ne yapılması gerektiği hakkında bir strateji geliştirmeye çalışırım.

() 28.Bir sorunu çözmek üzerine odaklanır ve eğer gerekirse diğer şeyleri biraz geri plana iterim.

() 29.Başkasının sempatisini ve anlayışını kazanmaya çalışırım.

() 30.Olayı daha az düşünmek için alkol yada ilaç alırım.

() 31.Olayla ilgili şakalar yaparım.

() 32.İstediğimi elde etmek için girişimde bulunmaktan vazgeçerim.

() 33.Olayların iyi yanını görmeye çalışırım

() 34.Sorunun en iyi nasıl ele alınabileceğini düşünürüm.

() 35.Böyle bir şeyin olmadığını varsayarım.

() 36.Başka şeylerin bu konuyla ilgilenmeme engel olmaması için elimden geleni yaparım.

() 37.Böyle bir şeyin olduğu gerçeğini kabul ederim.

() 38.Benzer deneyimi olan kişilere ne yapmış olduklarını sorarım.

() 39.Çok fazla duygusal sıkıntı hisseder ve kendimi sıkça bunu ifade ederken bulurum.

() 40.Sorundan kurtulmak için doğrudan girişimde bulunurum.

- () 41.Huzuru dinde bulmaya çalışırım.
- () 42.Durumla dalga geçerim.
- () 43.Sorunu çözmek için verdiğim çabanın miktarını azaltırım.
- () 44.Kendimi nasıl hissettiğim hakkında başkasıyla konuşurum.
- () 45.Olayı atlatmama yardımcı olması için alkol ya da ilaç kullanırım.
- () 46.Onunla yaşamayı öğrenirim.
- () 47.Olay üzerine yoğunlaşmak için diğer faaliyetleri bir kenara iterim.
- () 48.Hangi adımların atılacağı konusunda uzun uzun düşünürüm.
- () 49.Olay hiç olmamış gibi davranırım.
- () 50.Yapılması gereken şeyi her seferinde bir adım atacak şekilde yaparım.
- () 51.Deneyimimden bir şey öğrenirim.
- () 52.Her zamankinden daha fazla dua ederim.

**EK 4. HASTANELERDEN ÇALIŞMANIN YAPILMASI İÇİN
ALINMIŞ OLAN İZİN BELGELERİ**



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı

8 Aralık 2003
B.30.2.HAC.0.82.00.00- 11475

Etlik
SSK İhtisas Hastanesi
Başhekimliğine

Anabilim dalımız yüksek lisans öğrencisi Duygu Hiçdurmaz'ın "Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Başetme Biçimlerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının ön uygulamasını 5-31 Ocak 2004 tarihleri arasında Hastanemiz Diyaliz Ünitesinde yapabilmesi konusunda gereği için izinlerinizi ve bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr. Gülümser Kubilay
Lisansüstü Eğitim Koordinatörü

Doç.Dr.Fatma Öz
Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanı

9.12.2003



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK VE SAĞLIK
HİZMETLERİ BÖLÜMÜ



TS-EN-ISO 9001
 KALİTE SİSTEM BELGESİ

SBF/HSB.2003/014
 Ankara, 23.12.2003

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
 Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'na,

Anabilim dalınız yüksek lisans öğrencisi Duygu Hiçdurmaz'ın "Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Peirton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Başetme Biçimlerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışması incelenmiştir. Üniversite Hastanemizde mezuniyet öncesi ve sonrasında yapılacak tüm araştırma ve proje çalışmalarına başlamadan önce, araştırmacının ekte yer alan "Başkent Üniversitesi Klinik Araştırma Protokolü"nü imzalaması gerekmektedir.

Sözü edilen gereklilikler yerine getirildikten ve imzalı protokol tarafımıza ulaştırıldıktan sonra tez çalışmasının uygulamasına başlanabileceğini bildirir, gereğini bilgilerinize arz ederim.

Saygılarımla,

Doç.Dr.Lale ALGIER
 Bölüm Başkanı

EK:

1. Başkent Üniversitesi Klinik Araştırma İlkeleri
2. B.Ü SBF Hemşirelik Bölümü Araştırma Protokolü

LA/gp



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GAZİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Sayı : B.30.2.GÜN.0.1H.00.01 /1612
 Konu :

19.../12.../2003
 ANKARA

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına,

İlgi : 08.12.2003 tarih ve 1473 sayılı yazınız.

Yüksek Lisans öğrencisi Duygu HİÇDURMAZ'ın "Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Başetme Biçimlerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemiz Diyaliz ünitesinde yapması Hastane usul ve esaslarına, kılık kıyafet düzenine uymak ve hastane yemeğinden faydalanmak kaydıyla Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica olunur.

Prof.Dr. G.Şükrü DURLU
BAŞHEKİM VEKİLİ

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ
İbn-i Sina Hastanesi Başhekimliği

Kısım:

Dosya No:

Konu:

Sayı: 04/5076

ANKARA
22.12.2003

Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığına

İlgi: 08.12.2003 tarih ve 1474 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi Duygu HİÇDURMAZ'ın "Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Başetme Biçimlerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışması hakkındaki ilgi yazınız incelenmiş olup, adı geçen söz konusu çalışmayı 01.01.2004-31.03.2004 tarihleri arasında Nefroloji Bilim Dalı Hemodiyaliz Ünitesinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr.A.Mehmet DEMİRTAŞ
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
İbn-i Sina Hastanesi Başhekimi

R.Y.



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HASTANELERİ

■ Erişkin Hastanesi
■ İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi
■ Onkoloji Hastanesi

B.30.2.HAC.0.70.10.01/06-D- 1041

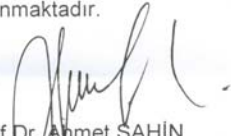
11.12.2003

Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'na

İlgi: 08.12.2003 tarih ve 1470 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınız yüksek lisans öğrencisi Duygu HIÇDURMAZ'ın "Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Başetme Bilçimlerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasını 1 Ocak 2004 – 31 Mart 2004 tarihleri arasında İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Ünitesi'nde yapması uygun bulunmaktadır.

Saygılarımla,


Prof. Dr. Ahmet ŞAHİN
Erişkin Hastanesi Başhekim

EK 5. EK TABLOLAR

Ek Tablo 1. Hastaların bireyin kendi baş etmesini değerlendirmesine göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Bireyin Kendi Baş Etmesini Değerlendirmesi	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
Etkili	141	59.06	8.79	F=6.32 p<0.05	77.09	12.11	F=1.30 p>0.05	88	60.72	8.31	F=4.41 p<0.05	74.84	10.82	F=0.12 p>0.05
Orta düzeyde	66	54.20	9.60		75.77	9.55		51	56.65	9.34		73.94	11.30	
Etkisiz	5	55.40	16.89		84.00	13.39		10	55.50	8.12		75.10	6.36	

Ek Tablo 2. Hastaların mesleğe göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ								SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Meslek	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
Y. memur	20	62.10	6.78	F=2.46 p<0.05	71.20	11.04	F=1.69 p>0.05	15	56.60	6.46	F=1.10 p>0.05	65.53	10.10	F=4.48 p<0.05
Memur	63	58.44	10.39		76.13	10.87		36	59.67	7.51		73.06	8.56	
Serbest çalışan	22	58.91	10.71		78.59	13.81		19	62.05	10.54		74.11	7.75	
Diğer	10	55.10	4.48		78.50	11.96		4	61.25	5.50		81.50	4.35	
Mesleği olmayan	97	55.78	9.13		77.90	11.05		75	58.21	9.47		76.81	11.59	

Ek Tablo 3. Hastaların toplam aylık gelirlerine göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Toplam Aylık Gelir	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
900 YTL ve üzeri	69	58.22	9.20	F=1.14 p>0.05	72.77	11.17	F=7.13 p<0.05	57	59.82	8.74	F=2.70 p<0.05	72.26	8.98	F=2.89 p<0.05
600-899 YTL	45	58.84	7.81		76.02	8.86		39	60.31	7.07		74.51	10.08	
599-301 YTL	54	56.94	10.14		78.33	12.54		39	55.62	9.39		75.54	10.38	
300 YTL ve altı	44	55.50	10.60		82.23	10.43		14	61.14	10.68		81.21	16.48	

Ek Tablo 4. Hastaların çocuk sayısına göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Çocuk Sayısı	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
1 çocuk	28	58.29	9.93	F=0.21 p>0.05	76.79	12.14	F=1.74 p>0.05	19	62.89	6.19	F=1.33 p>0.05	74.32	8.76	F=1.78 p>0.05
2 çocuk	47	57.21	8.91		77.13	10.89		36	57.78	9.46		72.69	10.54	
3 çocuk	27	57.11	10.76		78.56	10.23		10	59.70	8.71		78.20	12.99	
4 çocuk ve üzeri	41	58.52	10.38		79.71	12.16		28	58.29	8.95		79.46	12.24	

Ek Tablo 5. Hastaların tanı ile diyalize başlama arasındaki süreye göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Tanı ile Diyalize Başlama Arasındaki Süre	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
1ay-1yıl	135	57.55	10.07	F=0.27 p>0.05	77.67	11.60	F=1.03 p>0.05	89	57.83	9.41	F=1.93 p>0.05	74.64	11.26	F=0.70 p>0.05
1yıl 1ay-4yıl	36	57.44	7.60		74.22	9.43		28	61.57	7.98		75.61	9.19	
4yıl 1ay-7yıl	17	58.76	6.84		77.82	8.96		12	62.33	6.78		76.33	12.72	
7yıl 1ay ve üzeri	24	56.08	10.64		75.42	14.28		20	58.40	7.82		71.60	8.89	

Ek Tablo 6.a. Hastaların ev içi destek varlığına göre etykin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Ev İçi Destek	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
Olan	200	57.51	9.56	t=0.26 p>0.05	76.47	11.30	t=-1.90 p>0.05	138	58.71	8.56	t=-1.28 p>0.05	74.54	10.48	t=-0.05 p>0.05
Olmayan	12	56.75	8.78		82.92	12.22		11	62.27	12.09		74.73	13.85	

Ek Tablo 6.b. Hastaların ev dışı destek varlığına göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Ev Dışı Destek	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
Olan	83	58.16	8.63	t=0.85 p>0.05	76.28	11.58	t=-0.57 p>0.05	78	59.95	8.50	t=1.41 p>0.05	73.29	10.71	t=-1.50 p>0.05
Olmayan	129	57.02	10.02		77.20	11.35		71	57.90	9.19		75.93	10.60	

Ek Tablo 7.a. Hastaların diyalize bağlı ruhsal değişime göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Diyalize Bağlı Ruhsal Değişim	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
Olan	193	57.61	9.32	t=-0.72 P>0.05	76.74	11.31	t=0.40 p>0.05	143	58.88	8.98	t=0.61 p>0.05	74.42	10.73	t=0.72 p>0.05
Olmayan	19	55.95	11.33		77.84	12.76		6	61.17	5.34		77.67	10.53	

Ek Tablo 7.b. Hastaların diyalize bağlı sosyal değişime göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Diyalize Bağlı Sosyal Değişim	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
Olan	185	57.45	9.52	t=0.03 P>0.05	76.91	11.13	t=-0.22 p>0.05	142	59.21	8.77	t=-1.48 p>0.05	74.60	10.52	t=0.24 p>0.05
Olmayan	27	57.52	9.50		76.37	13.50		7	54.14	10.18		73.57	14.98	

Ek Tablo 7.c. Hastaların diyalize bağlı ekonomik/çevresel değişime göre etkin ve etkin olmayan stresle baş etme puan ortalamalarının dağılımı.

	HEMODİYALİZ HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ							SAPD HASTALARININ KULLANDIKLARI STRESLE BAŞ ETME BİÇİMLERİ						
		Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri				Etkin Baş Etme Biçimleri			Etkin Olmayan Baş Etme Biçimleri		
Diyalize Bağlı Ekonomik/Çevresel Değişim	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik	n	$\bar{x}$	SS	İstatistik	$\bar{x}$	SS	İstatistik
Olan	112	57.61	9.63	t=-0.23 p>0.05	77.86	11.23	t=-1.37 p>0.05	80	59.14	8.94	t=-0.24 p>0.05	75.72	11.51	t=-1.44 p>0.05
Olmayan	100	57.30	9.39		75.70	11.59		69	58.78	8.84		73.19	9.60	

EK 6. ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1979 yılında İstanbul’da doğmuş, ilk, orta ve lise öğrenimini Antalya’da tamamlamıştır. 2002 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan ikincilikle mezun olmuştur. Aynı yıl içinde Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği programında yüksek lisans öğrenimine başlamıştır. 2002 Temmuz – 2004 Aralık arasındaki dönemde Ankara Özel Bayındır Hastanesi’nde beyin cerrahi, nöroloji, pediatri ve kulak-burun-boğaz hastalarının izlendiği karma bir katta servis hemşiresi ve servis sorumlu yardımcısı hemşire olarak çalışmıştır. 2005 Ocak ayından bu yana Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı’nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.