



T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DİYALİZ HASTALARININ AİLE İŞLEVSELLİĞİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elvan YAVUZ

SOSYAL HİZMET TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİYALİZ HASTALARININ AİLE İŞLEVSELLİĞİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elvan YAVUZ

SOSYAL HİZMET TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Diyaliz Hastalarının Aile İşlevselliğinin İncelenmesi

Elvan YAVUZ

Yüksek Lisans Tezi

15.05.2018

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR

Jüri Üyeleri
Doç. Dr. Melahat DEMİRBİLEK
Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR
Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER



Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

15.05.2018



Elvan YAVUZ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezimin hazırlanma sürecinde bilgi ve tecrübeleriyle bana her zaman destek olan, yol gösteren, tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR'a,

Tez savunmama katılan, kıymetli önerileriyle bana yol gösteren değerli jüri üyesi hocalarım, Doç. Dr. Melahat DEMİRBİLEK ve Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER'e

Yüksek lisans eğitimimin önemli basamağını oluşturan, kendilerinden çok şey öğrendiğim, bana adeta ışık olan değerli hocalarım, Prof. Dr. Gülsüm ÇAMUR DUYAN ve Doç. Dr. İshak AYDEMİR'e,

Bu çalışmayı yapmama katkı sağlayan Hacettepe Üniversitesi Nefroloji Anabilim Dalı öğretim üyelerine; Özel Ankara Umut Diyaliz Merkezi ve Özel Ankara Eylül Diyaliz merkezi doktorlarına ve çalışanlarına,

Her zaman, her konuda bana destek veren, arkamda adeta dağ gibi duran, beni bugünlere getiren biricik canım aileme,

Son olarak da, kendisi doktora tez aşamasında olmasına rağmen, benden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, beni hep yüreklendiren, çok bunaldığım zamanlarda imdadıma yetişen, yol arkadaşım, Arş. Gör. Serkan KAPANCIK'a sonsuz teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunuyorum.

Elvan YAVUZ, 2018.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Aile.....	3
2.1.1. Aile Yapısı.....	4
2.1.2. Aile Sistemi	5
2.1.3. Aile İşlevselliği.....	8
2.1.3.1. İşlevsel Ailenin Özellikleri	9
2.1.3.2. İşlevsel Olmayan Ailenin Özellikleri.....	11
2.1.4. Major Aile Kuramları	12
2.1.4.1. Psikoanalitik Aile Danışması	12
2.1.4.2. Yapısal Aile Danışması.....	13
2.1.4.3. Yaşantısal Aile Danışması	14
2.1.4.4. Stratejik Aile Danışması	15
2.1.4.5. Bilişsel-Davranışçı Aile Danışması	16
2.2. Kronik Hastalıklar	17
2.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Tedavi Yöntemleri	18
2.2.1.1. Periton Diyaliz	20
2.2.1.2. Hemodiyaliz	21
2.2.1.3. Transplantasyon	22
2.2.2. Diyalize Bağlı Kayıplar	22
2.2.3. Diyalizde Psikolojik ve Sosyal Sorunlar	23
2.2.4. Diyaliz Sürecinde Birey ve Ailesi	24

2.2.5. Diyaliz Hastaları Bağlamında Sosyal Destek	26
2.2.6. Tıbbi Sosyal Hizmet	28
2.2.6.1. Tarihçesi ve Tanımı.....	28
2.2.7. Nefrolojik Açıdan Sosyal Hizmet.....	30
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırmanın Modeli	32
3.2. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu	32
3.3. Verilerin Toplanması.....	32
3.4. Veri Toplama Araçları.....	33
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	35
4. BULGULAR.....	36
4.1. Diyaliz Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri İle İlgili Bulgular	36
4.2. Diyaliz Hastalarının ADÖ İle İlgili Bulguları.....	38
4.2.1. ADÖ Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	40
4.2.2. ADÖ Alt Boyutlarının Yaşa Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular	41
4.2.3. ADÖ Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	42
4.2.4. ADÖ Alt Boyutlarının Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasına ilişkin Bulgular.....	44
4.2.5. ADÖ Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	46
4.2.6. ADÖ Alt Boyutlarının İş Bilgilerine Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	49
4.2.7. ADÖ Alt Boyutlarının Haneye Giren Aylık Gelire Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	50
4.2.8. ADÖ Alt Boyutlarının Kronik Böbrek Hastalığına Sahip Olma Süresine Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular	52
4.2.9. ADÖ Alt Boyutlarının Böbrek Hastalığı Dışında Herhangi Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	54

4.2.10. ADÖ Alt Boyutlarının Hastalığından Dolayı Herhangi Bir Sosyal Hizmet Kurumundan Yararlanma Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	55
4.2.11. ADÖ Alt Boyutlarının Aile Üyelerinde Kronik Hastalık Bulunmasına Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	58
5. TARTIŞMA	60
5.1. Diyaliz Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması.....	60
5.2. Diyaliz Hastalarının ADÖ İle İlgili Bulgularının Tartışılması	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
7. KAYNAKLAR	70
8. EKLER.....	83
Ek-1. Kişisel Bilgi Formu	83
Ek-2. Aile Değerlendirme Ölçeği.....	85
Ek-3. Etik Kurul Onayı.....	88
Ek-4. Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzin Yazıları	89
Ek-5. Özgeçmiş	95

ÖZET

Diyaliz Hastalarının Aile İşlevselliğinin İncelenmesi

Bu araştırmanın amacı sosyal hizmet uzmanlarının psikolojik dayanıklılıklarının ikincil Aileye atfedilen kavramlar toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Bireyler herhangi bir krizle karşılaştıklarında, bu krizlerin çözümlenmesinde en önemli sosyal destek kaynağı aileleridir. Ailede ortaya çıkan krizler nedeniyle aile üyeleri işlevlerini yerine getirmekte zorluk çekebilir ya da işlevlerini yerine getiremez. Ailede işlevlerin biri ya da birkaçında sorun çıkması halinde, aile bu durumdan olumsuz etkilenebilir. Ailenin bir üyesinde ortaya çıkan herhangi bir kronik hastalık durumunda da aile krize sürüklenebilir. Hastalığın tanısı, tedavi süreci, hastalığa uyum sürecinin zor olması, hastalığı kabullenmeme, ailede süregelen alışkanlıkların hastalığın ortaya çıkmasıyla birlikte farklılaşması ve bununla birlikte ailede rollerin değişmesi kronik hastalıklar sürecinde yaşanan krizlerdir. Kronik hastalıkla birlikte meydana gelen bu krizler neticesinde olumsuzlukları en aza indirmek adına kronik hastalığa sahip bireyleri, tek başına değil de bütüncül ve sistemik bakış açısıyla değerlendirmek daha doğru olacaktır.

Bu çalışmada kronik böbrek yetmezliğine sahip olup, diyalize girmek zorunda olan, hastalığından dolayı zamanının belli bir kısmını diyalizde geçiren diyaliz hastalarının aile işlevsellikleri bazı değişkenlere göre incelenecektir.

Araştırmanın çalışma grubunu Ankara’da bulunan iki özel diyaliz merkezi ve bir üniversite hastanesinin diyaliz bölümünde tedavi olan 200 hasta oluşturmaktadır. Araştırmada kişisel bilgi formu ve aile değerlendirme ölçeği (ADÖ) veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

Araştırmanın bulgularına göre; hastaların; medeni durum, çocuk sayısı, ekonomik durumu, çalışma durumları, eğitim durumu, aile üyelerinde başka bir kronik hastalığı olan bireyin bulunup bulunmadığı ile ilgili değişkenler aile işlevselliğini farklılaştırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aile, aile işlevi, diyaliz, kronik böbrek yetmezliği, tıbbi sosyal hizmet.

ABSTRACT

Investigation of Family Functioning of Dialysis Patients

Concepts attributed to the family are different from collecting from the society. While individuals face any crisis, they are the most important social support family in resolving these crises. Family members may have difficulty or fail to fulfill their functions due to crises that occur in the family. If one or more of the family functions fail, the family may be adversely affected. In the event of any chronic illness occurring in a member of the family, the family can be dragged into the crime. The diagnosis of the disease, the treatment process, the difficulty of adaptation to the disease, the acceptance of the disease, the differentiation of the continuing habits with the emergence of the disease, and the change of roles in the family together with the chronic diseases are crises. As a result of these crises with chronic illness, it will be more appropriate to evaluate individuals with chronic illness in terms of a holistic and systemic point of view, rather than alone, in order to minimize the negativity.

In this study, the family functioning of dialysis patients who have chronic renal failure and who have to enter dialysis and spend a certain period of time on dialysis due to their illness will be examined according to some variables.

The study's study group consisted of two special dialysis centers located in Ankara and 200 patients treated at the dialysis department of a university hospital. Personal information form and family assessment scale (FAD) were used as data collection tool in the research.

According to the findings of the research; patients; variables related to marital status, number of children, economic status, working status, educational status, and presence of an individual with another chronic disease in family members differentiate family functioning.

Keywords: Chronic kidney failure, dialysis, family function, family, medical social service.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADÖ	: Aile Değerlendirme Ölçeği
APD	: Aletli Periton Diyalizi
CNSW	: Nefrolojik Sosyal Hizmet Uzmanları
DM	: Diabetes Mellitus
GFR	: Glomeruler Filtrasyon Hızı
GN	: Glomerulonefrit
HT	: Hipertansiyon
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
NASW	: Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği
NKF	: Amerikan Ulusal Böbrek Vakfı
SAPD	: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1.	ADÖ'nün İçtutarlılığına İlişkin Cronbach alfa Katsayıları ve Puan Değişmezliğine İlişkin Test-Tekrar Test Korelasyonları.	35
Tablo 4.1.	Kişisel Bilgiler.	36
Tablo 4.2.	Puanların Betimsel İstatistikleri (Cronbach's Alpha).	38
Tablo 4.3.	Puanların Betimsel İstatistikleri.	39
Tablo 4.4.	Puanların Cinsiyet Açısından İncelenmesi (T Testi).	40
Tablo 4.5.	Puanların Yaş Açısından İncelenmesi (ANOVA).	41
Tablo 4.6.	Puanların Medeni Durum Açısından İncelenmesi (T Testi).	42
Tablo 4.7.	Puanların Çocuk Sayısı Açısından İncelenmesi (ANOVA).	44
Tablo 4.8.	Puanların Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi (ANOVA).	46
Tablo 4.9.	Puanların Çalışma Durumu (İş Bilgileri) Açısından İncelenmesi (ANOVA).	49
Tablo 4.10.	Puanların Haneye Giren Aylık Gelir (Sosyoekonomik Durum) Açısından İncelenmesi (ANOVA)	50
Tablo 4.11.	Puanların Kronik Böbrek Hastalığına Sahip Olma Süresi Açısından İncelenmesi (ANOVA).	52
Tablo 4.12.	Puanların Böbrek Hastalığı Dışında Herhangi Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu Açısından İncelenmesi (T Testi).	54
Tablo 4.13.	Puanların Hastalığından Dolayı Herhangi Bir Sosyal Hizmet Kurumundan Yararlanma Durumu Açısından İncelenmesi (ANOVA).	55
Tablo 4.14.	Puanların Aile Üyelerinde Kronik Hastalık Bulunma Açısından İncelenmesi (T Testi).	58

1. GİRİŞ

Teknolojinin, bilimin ve hatta tıbbın da gelişmesiyle birlikte aileye birçok anlam yüklenmektedir. Aile üyelerinin, aile içinde birçok görevi ve sorumluluğu vardır ve üyelerden çoğu zaman bu görev ve sorumlulukları yerine getirmesi beklenir. İşlevlerden bir ya da birkaçı yerine getirilmiyorsa ya da getirilemiyorsa o ailede sorun yaşanma ihtimali gündeme gelebilir.

Aile hassas ve kırılgan bir yapıya sahiptir ve bu bağlamda aile üyeleri meydana gelen birçok durumdan etkilenebilir. Yaşanan krizler neticesinde, sağlıklı giden işlevler yerini sağlıklı işlevlere de bırakabilir. Aile üyelerinden herhangi birinde ortaya çıkan bir hastalık ailedeki diğer üyelerin de yaşam şeklini, görevlerini, sorumluluklarını da değiştirebilir. Özellikle kronik hastalıklar hasta bireye ve ailesine maddi ve manevi anlamda ağır yükleri de beraberinde getirmektedir. Kronik böbrek yetmezliği de kronik hastalıklardan biri olmakla birlikte bunun sonucunda hasta ya diyalize bağlanır ya da transplantasyon işlemi gerçekleştirilir. Diyaliz tedavisi zorlu bir süreçtir. Bu süreç içerisinde hasta ve ailesi yeni sorunlarla karşılaşmakta ve aile dinamiği değişebilmektedir.

Kronik böbrek yetmezliği hastalığına sahip hastalar, çevrelerindeki en büyük desteği ailesinden almaktadır. Ailede böbrek hastası bulunması aile yapısını önemli ölçüde etkilemektedir. Aile yapısındaki birçok denge bozulmakta, bozulan bu dengelerin yerine yeni dengeler oluşmaktadır. Hastalığın seyrindeki her değişim ailedeki uyum sürecinin değişmesine yeni uyum dengesinin kurulmasına neden olmaktadır. Bu uyum sürecinde, aile birçok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörlerden bazıları; aile içi ilişkilerin kalitesi, kültürel değerler, iletişim, gelişen teknoloji, ekonomi gibi faktörlerdir.

Araştırmanın alt amaçları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

- Diyaliz hastalarının aile işlevleri cinsiyetlerine göre farklılaşmakta mıdır?
- Diyaliz hastalarının aile işlevleri yaşa göre farklılaşmakta mıdır?

- Diyaliz hastalarının aile işlevleri medeni duruma göre farklılaşmakta mıdır?
- Diyaliz hastalarının aile işlevleri ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- Diyaliz hastalarının aile işlevleri eğitim durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?
- Diyaliz hastalarının aile işlevleri ile hastanın iş bilgileri (çalışıyor, çalışmıyor ya da emekli) arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- Diyaliz hastalarının aile işlevleri ile haneye giren aylık gelir (sosyoekonomik durum) arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- Kronik böbrek hastalığına sahip olma süresi ile aile işlevleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- Böbrek hastalığının dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu ile aile işlevleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- Diyaliz hastalarının sosyal hizmet müdahalesine ulaşma düzeyleri nedir?
- Diyaliz hastalarının aynı evi paylaştığı aile üyelerinde kronik hastalık bulunma durumu ile aile işlevleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile

Geçmişten günümüze kadar sürekli gelişim ve değişim içinde olan aile kavramı evrenselliği olmasına rağmen her toplumdaki tanımı farklıdır. Ülkemizde Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu tarafından yapılan tanıma göre “Aile; kan bağıllığı, evlilik ve diğer yasal yollardan, aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerden oluşan; bireylerin cinsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılandığı, topluma uyum ve katılımların sağlandığı ve düzenlendiği temel bir birimdir” (1).

Ailenin yapısı ve nasıl meydana geldiği toplumdan topluma değişmektedir. Örneğin soyu Avrupa’dan gelen Amerikalılar aile kavramının kan bağı olan kişilerden oluştuğunu ileri sürerken; Afrika soyundan gelen Amerikalılar ise ailenin makro düzeyde olduğunu belirterek; geniş akraba topluluklarının bir araya gelmesi olarak tanımlarlar (2).

Ailenin bir başka tanımı ise; aile; toplumun en eski kurumlarından olmakla birlikte, fiziksel ve duygusal ortamın oluştuğu ve bu bağlamda toplumun bütünlüğünü, dirlik ve düzen içinde olmasını sağlayan en önemli kurumdur. İnsanlığın gittikçe gelişmesi neticesinde aileye verilen değer de artmıştır. Aile, çok yönlü özelliklere sahip olmakla birlikte; aile, üyelerin karşılıklı iletişimi, yakınlığı, üyelerin birbirine güven aşıladıkları bir ortam özelliğini taşımaktadır (2).

Aile tanımları içinde en fazla fikir birliği, fonksiyonel yaklaşım üzerine olmuştur. Buna göre, belli aile biçimlerinin, belli başlı görevleri yerine getirdiği, aile ilişkilerini, rol ve statülerini meydana getirerek aileyi yapı olarak şekillendirdiğini, ayrıca bu yapıyı kapsayan daha geniş sisteme fonksiyonel anlamda bağlı olduğunu gösterir (3). Bu sosyolojik yaklaşım, tümcü bir görüştür. Çünkü aile, hem kendi arasındaki ilişkiler ve ilişkiler sonucu meydana gelen yapısal farkları, hem de ailenin toplumdaki diğer kurumlar veya alt sistemler ile ilgili ilişkilerini kapsamaktadır (4). Aile, hayatımızda önemli bir yere sahiptir. Toplulukların en küçük yapıtaşı olarak benimsenen aile, insanların yaşantısında önemli bir yere sahiptir. İnsanların

gereksinimlerini karşılayabilmesinde en tabii yer ailesidir. Aile, özellikle üç ihtiyacı karşılamada önemlidir. Bu ihtiyaçlar; samimilik, güç ve anlamlılıktır. Aile sosyal bir birim olmakla birlikte üyeleri karşılıklı olarak bu üç boyuttaki ihtiyaçlarına ulaşmak için çaba halindedir (5).

2.1.1. Aile Yapısı

Sistem perspektifi 4 aile yapısı üzerinde durmaktadır (6). Bu aile yapıları aşağıdaki gibidir:

Kapalı aileler; Geleneksel bir yapıya sahip olduğu bilinen kapalı ailelerde kararları veren bir önder vardır. Ayrıca bu tip ailelerde hiyerarşi sistemi mevcuttur. Ailede karar mercii anne veya baba olabilmektedir. Kapalı aileler, fertlerin gereksinimlerini durağan ve ait olma duyguları kapsamında yerine getirmeye çalışırlar. Bu tip aileler iyi işlerse, kurallar sınırlı ve belirli olur. Kapalı ailelerde zıtlıklara karşı minimum düzeyde tolerans vardır. Aileler fazlasıyla katıdır ve üyeleriyle iç içedir (7). Geleneksel aile olarak da bilinen bu aileler; geniş, çok fonksiyonlu, akraba ilişkilerinin güçlü olmasının yanında destek mekanizmaları da kuvvetlidir (8).

Gelişigüzel aileler; Kapalı ailelerin tamamen tersidir; bu bağlamda bu tip ailelerde grup değil birey önemlidir. Yani aile, üyenin gereksinimlerini ve amaçlarını yerine getirmesi konusunda destek olur. Aile yapısında hiyerarşik düzen yoktur aksine aile yapısında izin verici bir sistem vardır. Bu düzen dahilindeki aileler, çocuklarının yaratıcılığının ve bireyselliğinin gelişmesine olanak tanır. Fakat gelişigüzel ailelerde de iki zorluktan bahsetmemiz mümkündür. Bunlardan ilki, bu ailelerin sınırlarını ya da güvenli yapısını oluşturmada eksikleri vardır. İkincisi ise, güç kullanımıyla birlikte ebeveyn olarak da yetersizdirler. Bundan dolayı etkileşim karmaşık haldedir. Ayrıca gelişigüzel ailelerde, ergenlik çağındaki çocukların kendilerini bir alt yapıya katmak doğrultusunda farklı alt kültür gruplarına ortak olabilirler (7). Gelişigüzel, diğer bir adıyla rastlantısal ailelerle çalışırken, terapötik oyunlardan yararlanmak, rol oynama ve açıklayıcı teknikler kullanmak, danışma esnasında faydalı yöntemlerdendir (9).

Açık aileler; Açık ailelerde bireysellik ve grup oldukça önemlidir. Bu bağlamda açık ailelerde değerler karışıktır. Kararlar tüm aile üyeleri tarafından alınır, bilgiler paylaşılır, işbirliği ön plandadır. Açık ailelerde sözlü iletişim maksimum olmakla birlikte, aileler fertlerine güven duygusu verirler (7). Bu tür aileler, yeni fikirlere açıktır. Bundan dolayı, bu ailelerle çalışmak, diğer aile yapılarıyla çalışmaya oranla daha rahattır (9).

Eşzamanlı aileler; Eşzamanlı ailelerde sözel olmayan iletişim çok önemlidir. Çünkü bu tip ailelerde iletişim kapalıdır. Başarılı aile fertleri, sözlü olmayan mesajları okuyabilme yetisini kazanmaya çalışırlar. Eşzamanlı ailelerde çocuklar sürekli ve düzenli bir ortamda güvenlik ve aitlik duyguları ile yaşamaktadırlar. Bu aile yapısında karşılıklı etkileşim minimum düzeyde olduğu için samimiyet duygusundan yoksundurlar. Ailede iletişimin çoğu sözel olmamakla birlikte, yine de aileler çocuklarına güvenlikle kapsamında ait olma duygusunu da devam ettirmeye çalışırlar. Ancak aileler, saldırgan ve zıt çocuklarıyla ilgilenirken zorlanabilirler. Eşzamanlı ailelerin istedikleri şey, sakinlik ve huzur olduğundan dolayı, yadsınamayacak kadar büyük bir sorunla karşılaşana dek aile üyelerine yardım etmezler. Ve bu aileler kriz yönelimine ve stratejik tekniklere iyi tepki verirler (7).

2.1.2. Aile Sistemi

Davranış kalıplarından meydana gelen aile, sosyal bir sistem olmakla birlikte bu davranış kalıpları ailenin kendi içinde geliştirilip sürdürülür. Aileler alt sistemlerden meydana gelmiştir ve bir amaç doğrultusunda ilerlemektedir. Bu amaç ve görevlerin tamamlanması için ailelerin çeşitli stratejileri vardır (10).

Aile sisteminin çeşitli unsurlardan oluşan bir yapısı ve her unsurun da birbirinden farklı rolleri bulunmaktadır. Roller, unsurların birbirine bağlanmasına yardımcı olur. Bir bütün olan sistemin içinde çeşitli alt fonksiyonlar yer almaktadır (11). Aile doğal bir sistemdir ve bununla birlikte birçok fonksiyona sahiptir. Aile sisteminin her bir parçası diğer parçasını etkilemektedir.

Sistem perspektifi açısından ailenin yerine getirmesi gereken görevleri bulunmaktadır. Bu görevler genel olup, bütün aileler için geçerlidir. Sistemcilere göre ailenin 5 önemli görevi şunlardır: (10)

- Kimlik görevlerini yönlendirme,
- Sınırları düzenleme,
- Aile içindeki duygusal atmosferi yönetme,
- Zaman içinde aile yapısında meydana gelen değişimi yönetme,
- Ev halkının devamlılığı için strateji planlama.

Aile sistem teorilerinin ilkeleri şu şekildedir: (12)

1. Sistem bir bütün olarak organize edilmiştir. Sistemin öğelerinin bağımlı olması zorunludur.
2. Sistem içindeki etkileşim kalıpları doğrusal değil, döngüseldir.
3. Uyumlu sistemin doğasında değerlendirme ve değişim vardır.
4. Kompleks sistemler sınırları ayrılmış, belli kuralları ve etkileşim kuralları olan alt sistemlerden oluşur.

Sistem teorisi, sosyal bir sistem olarak ailenin işlevinin nasıl olduğu konusunda çeşitli fikirler ortaya koymuştur. Aile fonksiyonlarını, aile yapısını bilmemizde ve anlamamızda, doğamızdaki canlı sistemlerin ve madde ile enerji alışverişine açık olan sistemlerin niteliklerini bilmek oldukça önemlidir. Açık sistemlerin beş özelliği vardır. Bu özellikler, ailenin işlevinin nasıl olduğunu açıklamaya yardımcıdır (13).

- Üyeler Arasındaki İç Bağımlılık

Ailedeki tüm üyelerinin iç bağımlılığa sahip olmasına rağmen, ailedeki her bir üyenin davranışı diğer aile üyesinin davranışını etkilemektedir (14,15,16). Örnek verecek olursak, kalp hastalığı riskini en aza indirmek için, bir babanın hayatında yapmak zorunda olduğu farklılıkları düşünmesi, değişik yiyeceklerle beslenmesi için gerekli olan yiyeceklerin hazırlanması ve yemek yeme biçimi değiştirmesidir. Hem eş hem baba olarak rollerini başarsa dahi yine de etkilenebilir. Eşiyle bir görevi paylaşmak ya da çocuklarının ödevlerine yardımcı olmak için vakti azalmıştır. Aile üyeleri arasındaki etkileşimi görmek için aile haritası kullanmak olası bir durumdur. Aile üyeleri içinde karşılıklı etkileşim oranı yükseldiği zaman dürüstlük ve pozitif beslenme de yükselecektir. Aile üyelerinin iç bağımlılığı, iç ilişkilerin pekişmesini içerdiğinden karmaşık bir iletişime sahip olmakla birlikte aile sağlığına da destek olmaktadır (16,17).

- Aile Sınırları

Aileler sınır koyar ve bu sınırları devam ettirir. Örneğin ego sınırları, toplum sınırları gibi örnekleri çoğaltmamız mümkündür. Her aileyi birbirinden ayıran özellikler, her ailenin kendilerine göre belirlediği davranış ve sınırları vardır. Bu sınırlar tecrübelerden ve beklentilerin paylaşılmasından meydana gelir (14,15).

- Enerji Değişimi

Aile sınırları yarı geçirgen bir özelliğe sahiptir. Bu bağlamda yeterli bir şekilde işlev görebilmeleri için aileler bilgi ve materyalleri değiştirebilir. İşte bu sürece enerji değişimi denilmektedir. Bu da sağlıklı olarak bir ekolojik dengenin zeminini hazırlar. Aile, gelişim evresi süresince yaşadığı süreçte başarılıysa; bu durum ailenin enerji değişimini nasıl yönettiğine bağlıdır (17). Sistem geçirgen olmadığı durumda ise, diğer sistemlerin birbirleri arasındaki etkileşimi gerçekleşmez ve birliktelik de gerçekleşmemiş olur. Bir işin başarılmasında katı bir yapı hakimse; bu durum o kişinin dikte olmasını sağlar. Örnek verecek olursak, bir annenin çocuğuna bakıp, duygusal destek sağlaması ve babanın da ekonomik geçimi sağlaması gibi. Bir ailede, aile üyelerinden birinin sağlığı bozulduğunda, sağlığı bozulan aile üyesinin görevini üzerine alacak kişi yok ise; aile sorun yaşayabilir. Bununla birlikte sınır geçirgen ya da belirsizse alt sistemlerdeki bireylerin arasındaki farklılıklar korunmamış olur; dolayısıyla bu durum ayrışma ve bireyselleşmenin gerçekleşmemesine zemin hazırlar (14,17).

- Uyumlu Davranış

Aileler uyum göstermekle birlikte dengeye de ihtiyaç duyan sistemlerdir. Bu uyum eylemi amaç ve değerlerdeki değişimi zorunlu kılabilir ve aileyi kapasite olarak zora düşürebilir. Bu durumda aile tehlike altına girer, parçalanma noktasına gelebilir, stres çözülmemesinden dolayı disfonksiyonel olabilir (13,16,18).

- Amaca Yönelmiş Davranış

Bir amaç doğrultusunda var olan ailelerdeki amaç; ailedeki bireylerin gelişimini artıran bir zemini oluşturmak ve bunu süre getirmektir. Bu amacın doğrultusunda aile çeşitli işlevler gösterir. Sevgi, güvenlik, özdeşim, ait olma, yardım

gibi bunları çoğaltmamız mümkündür. Ayrıca her aile ferdinin de sürdürmesi gereken kendine has görevleri vardır (13,15).

2.1.3. Aile İşlevselliği

Araştırmacılara göre, aile işlevleri birbirlerinden farklı olarak ele alınmıştır. Turner'a göre aile, evlenme, çocuk sahibi olma, çocukları bakıp büyütme ve sosyalleştirme amacıyla ortaya çıkmış bir gruptur (19).

Goode'e göre ailenin işlevleri; üretim, statü ve görev yükleme, kontrol, çocukların duygusal açıdan korunması olarak; Winch'e göre, üretimle birlikte, eğitim, ekonomik, politik ve dini işlevler olarak; Mayntz, kültürel bağlamda boş vakti değerlendirme işlevi olarak; Neidhardt'e göre ise, çatışmaları azaltıp, yumuşatma işlevi olarak ifade etmektedirler (20).

Ogburn (1963), ailenin işlevini, bütüncül bir bakış açısıyla incelemiştir. Ogburn'a göre ailenin belli başlı işlevleri vardır. Bu temel işlevler; soyun devamlılığını sağlamak, ekonomik ihtiyaçları karşılamak, statü sağlamak, dini inanç ve bilgileri aktarmak, boş zamanı verimli değerlendirmek, aile üyelerinin birbirlerini koruyup gözetmesi, karşılıklı olarak sevgi ortamı oluşturması ve cinsel doyumu yerine getirmek amacıyla yasal bir ortam oluşturmak gibi işlevlerdir (21).

Ackerman (1958)'e göre ailenin dört temel işlevi vardır. Bu işlevleri; biyolojik, sosyal, psikolojik ve ekonomik olarak sıralamak mümkündür (22). Ackerman (1967)'a göre, sağlıklı ailede üyeler başkalarının etkisi altında kalmazlar. Çünkü sağlıklı ailede, aile üyeleri yaşamlarını belli bir değer ve amaç çerçevesine göre şekillendirir (23).

Nystul (1993) ise, ailenin sağlıklı olması için şu işlevleri sıralamıştır: Duyguları paylaşma, Duyguları anlama, Bireysel farklılıkları kabullenme, İlgi ve sevgi duygularının gelişimi, İşbirliği, Mizah duygusu, Yaşamı sürdürmek ve güvenlik için gerekli olan ihtiyaçların karşılanması, Problem çözme, Geniş bir felsefi düşünce, Taahhüt, Takdir duygularını ifade etme, İletişim, Birlikte zaman geçirme, Maneviyat, Başa çıkma becerileri (24).

Aile işlevlerinde birkaç işlev yerine getirilmediği takdirde sağlıklı aileden bahsedebiliriz. Sağlıklı aileler dengeyi kurarken, sağlıklı ailede böyle bir durumdan bahsetmek olanaksızdır. Ailenin rolleri çok zayıf veya belirsiz ise, sağlıklı aileden söz ediyor olabiliriz. Bazı üyeler rollerini ya da görevlerini yeterince yerine getiremedikleri zaman ailede sorunlar ortaya çıkmaktadır. Kimi ailelerde ise, roller arası uyum az olabilir ya da üyeler kendilerinden beklenen rolleri yerine getirmede sorun yaşayabilir. Aile sisteminde, miktar bakımından esneklik az ise; ailenin tekrardan onarımında üyeler önemli rol üstlenebilir. Aile katı bir sisteme sahipse, tekrardan onarımda zorluklarla karşılaşılabilir (11).

2.1.3.1. İşlevsel Ailenin Özellikleri

İletişim; İşlevsel ailelerde, iletişim çift yönlü olmakla birlikte; aile içerisindeki pozitif ve negatif davranışlar tanımlanmıştır ve pozitif davranışlara önem verilmektedir. Açık, uygun ve bireylerin benliğini ortaya koymasına izin verici nitelikte bir iletişim söz konusudur. Ayrıca bireyler yaşadıklarıyla ilgili geribildirim verirler, birbirlerini dinlemekten zevk duyarlar, açık uçlu sorular kullanarak iletişimi devam ettirirler. Yine işlevsel ailelerde, herkes tarafından uyulması gereken kurallar vardır ve bu kuralları tutarlı uygularlar. Aile bireyleri arasındaki iletişim şefkate dayalı ve sıcaktır. Çatışmalar işbirliği halinde ve problemi çözecek şekilde çözülür (25).

Güç Yapısı; İşlevsel ailelerde kararlar, aile üyelerinin her birinin katkısı ile alınır. Aile içinde bir işbirliği vardır ve bir lider öncülüğünde aile içi kararlar alınır. Çocuğun bireyselleşmesine önem verilir ve çocuk bir engelle karşılaştığında çözümlemesi için izin verilir ancak yine de son karar çocuğa bırakılmaz. Tek ebeveynli ailelerde bazen son karar verici olarak en büyük çocuk rol üstlenebilir (25). Mishler ve Waxler'e göre, işlevsel ailelerde, üyelerin davranışlarını etkileyen ve kontrol altında tutan güç yapısı vardır (26).

Rol Yerine Getirme; İşlevsel ailelerde roller belirlidir. Çocuğun büyüme ve gelişme süreci desteklenirken, çocuğun rollerini yerine getirmesi için fırsat tanınır. Ancak, ebeveyn ve yetişkin rollerinin korunmasına da özen gösterilir (25). Ayrıca, işlevsel ailelerde, eşler, evlilik rollerinde uyum içinde olmakla birlikte, birbirlerini de

olduğu gibi kabul edip, saygı duyarlar. İşlevsel ailede, karşılıklı saygı, işbirliği, eve çocuklara ve karşı sorumlu davranma davranışları kayda değer göstergelerdir (27).

Krize Adaptasyon; İşlevsel ailelerde de zaman zaman krizler yaşanabilmektedir. Yalnız fonksiyonel aileler genellikle bu kriz sürecini iyi yönetebilmektedirler. Kriz sürecinde aile, problem çözücü olarak davranmaktadır. Bu süreçte rol ve fonksiyonlarda değişimler yaşansa da; destek sistemlerinin yeterli olması ve problem çözücü davranışların gelişmiş olması nedeniyle aile fonksiyonlarındaki bozulma büyük ölçüde yaşanmaz (25). Aileler herhangi bir sorunla karşılaştıklarında, sorunlara olan yaklaşımları ve çözüm biçimleri bu kısımda değerlendirilir. Meydana gelen krizler aile içinde konuşulup, çözüm önerisi geliştiriliyorsa, çözüm konusunda ortak bir paydada birleşiliyorsa ve sonuçlar aile içinde hiçbir aile üyesi suçlanmadan değerlendiriliyorsa işlevsel aileden bahsedebiliriz (28).

Destek Sistemleri; İşlevsel ailelerin destek sistemleri gelişmiştir. İç ve dış destek sistemleri ile aile işlevlerinin devamı kolaylaşır. Aile üyeleri birlikte zaman geçirebilmek için aktivite planlamaları yaparlar. Toplumsal ilişkiler iyidir ve yakın arkadaşlıklar kurulabilirler. Bu tip aileler genellikle toplum tarafından kabul görürler ve sevilirler (25). Aile bireyleri arasında iş bölümü olması, üyelerin birbirlerine karşı hoşgörü ve dayanışma içinde olması bu kısımda değerlendirilir (28).

Aile Yaşam Şekli; İşlevsel ailelerin yaşam tarzlarına bakıldığında, rutinlerinin olduğu ancak bu rutinlerin organize ve esnek olduğu görülmektedir. Yemek, uyku, eğlence gibi aktiviteleri genellikle bir düzen içerisinde ilerler. Sosyal sorumluluklar bulunan zamana ve yere göre uyumludur. Ailenin yaşadığı sabit bir konutu vardır ve yer değişiklikleri planlı olarak yapılır. Aile bireyleri arasında güven duygusu temel oluşturmaktadır. Ebeveynler genellikle problem çözücü olarak var olmaktadır. Aile üyeleri genellikle mutludur. Bireyler arasında bağlılık, sadakat, dürüstlük, başarı ve özgüven gelişmiştir. Gerekli zaman aile üyelerinin her biri denge rolü üstlenebilir. Aile üyeleri birbirlerini bireysel uğraşlar ya da işleri için destekler. Hayatları ile ilgili son kararları aile içerisinde alırlar ve ailenin bütünlüğüne yönelik herhangi bir tehdit aile bütünlüğünü koruyabilirler (25).

2.1.3.2. İşlevsel Olmayan Ailenin Özellikleri

İletişim; Bu ailelerde iletişim tek yönlüdür. Bununla birlikte iletişimde “sen” dili hakimdir. “Sen” dili kişiyi suçlamaya yönelik bir dil olarak kendisini göstermektedir (29). Ailenin gündeminde büyük oranda negatif konular hakimdir. Ailede alaycı bir dil hüküm sürmektedir. Davranışlar ile söylemler arasında da ikilemler vardır (25).

Güç Yapısı; Bu ailelerde kuraldan bahsetmek hemen hemen imkansızdır. Kural varsa da bir miktar ve arada bir uygulanmaktadır. Aile üyeleri birbirlerine sevecen davranmak yerine kural koyma mücadelesi içindedir. İşlevsel olmayan bu ailelerde, planlanmamış ani değişimler yaşanabilmektedir. Ayrıca bu ailelerde saygıdan bahsetmek olanaksızdır. Aile içi kararlar çoğunlukla baskın bir karakter tarafından aile üyelerine sorulmadan alınabilir (25). Aile üyeleri bir konu hakkında yorum yapmaktan çoğunlukla kaçınır (30).

Rol Yerine Getirme; Bu ailelerde yetişkinler ebeveynlik rolünü yerine getirmez ve bu rolü çoğunlukla çocuklar üstlenir. Yani bu ailelerde roller tam tersidir (25). Rollerin tersine dönmesi durumunda, çocukların gelişimleri ve buna bağlı olarak eğitimleri de negatif yönde etkilenecektir. Ebeveyn ve çocuğun rollerinin değişmesi halinde çocuklar, bu model ve güç kaynağından mahrum kalacak ve bu konudaki eksikliği, diğer yetişkinlerde arama eğilimi gösterecektir (31).

Krize Adaptasyon; Ailede meydana gelen krizlerde çoğu zaman umutsuzluk ve başarısızlık mevcuttur. Krizler esnasında aile üyeleri sinirli olmakla birlikte, öfkesini kontrol etmekte zorlanabilirler. Bu ailelerde destek mekanizmaları yoktur. Varsa bile bu mekanizmaları kullanmakta yetersizdirler (25).

Destek Sistemleri; Ailede birliktelik ve işbirliği mevcut değildir. Aile kendisini toplumdan soyutlamıştır ve dış ilişkileri de fazlasıyla zayıftır. Topluma uzak olmaları neticesinde de destek mekanizmaları yeterli ölçüde gelişmemiştir (25).

Aile Yaşam Şekli; Bu ailelerde bireyler kendi başlarına organizasyon yapar. Aile fertleri arasında şiddet söz konusudur. Fiziksel ya da sözlü şiddet gibi. Ebeveynler sorumluluklarını yerine getirirken kaçma eğilimi gösterirler. Bu bakımdan da çocuklarına iyi bir rol model olamazlar. Aile üyeleri hayata karşı kaygı

duymaktadır. Çevresindeki her şeye şüpheli yaklaşır. Kendilerine güvenmezler ve borderline kişilik özellikleri gösterirler. Üyeler birbirlerine karşı ilgisizdir. Birbirlerinin kararlarına saygı duymazlar. Karı-koca arasında uyumsuzluk söz konusu olmakla birlikte evlilik müessesesini de çok önemsemezler (25). Ayrıca bu ailelerde, üyelerin öz değeri düşük, iletişim şekli belirsiz ve dolaylı, katı kuralların baş gösterdiği, ailenin toplumla olan ilişkisinin suçlayıcı olduğu gibi durumlar söz konusudur (30).

2.1.4. Major Aile Kuramları

İnsanlar yaşadıkları sürece pek çok sorun ya da kriz durumuyla karşı karşıya gelmektedir. Ailede yaşam boyu karşılaşılan olayların birçoğu aile terapilerinin konusu dahilindedir. Aile terapileri (danışması), farklı kuramsal bakış açılarıyla ve uygulamalarıyla yaşanan sorunlara çözüm arar (32). Farklı zamanlarda yaşanan krizler neticesinde aile üyeleri olumsuz etkilenmekte ve üyelerde psikopatolojik durum görülmektedir. Bunun sonucu olarak da aileler, aile danışmanlığı hizmetlerine fazlasıyla ihtiyaç duymaktadır (33).

2.1.4.1. Psikoanalitik Aile Danışması

Psikoanalitik aile kuramları, kişinin kişilik gelişimine odaklansa da aslında birey ve ailesi arasındaki etkileşimle ilgilenmektedir. Günümüzde psikoanalitik kuramcılara göre; içsel dinamikler ve kişiler arasındaki güçlerin karşılıklı etkileşimi önemlidir (34). Aile fertlerinden birinde herhangi bir değişiklik varsa bu durum diğer aile ferdini tehdit ediyor olabilir. Bu doğrultuda, aile danışmanları ailenin tüm fertlerinin danışma sürecine dahil olması gerektiği fikrindedirler. Psikoanalitik kuramda, eşler ve aynı zamanda, ebeveyn-çocuk etkileşim türü de kapalı etkileşimdir. Kişiler evliliğe çözülmemiş narsistik gereksinimlerle başlar ve bu gereksinimlerin de evlilik yoluyla karşılanmasına çaba sarf ederler. Ebeveynler açısından çocuklar karşılanmamış gereksinimlerini giderecek bir nesne olarak görülmektedir. Bu durumdan çocuk olumsuz etkilenir ve çocuğun kendi gereksinimlerini karşılayamamasına sebep olur. Meydana gelen bu kısır döngü kuşaklar boyu süregelir (35). Psikoanalitik aile danışmasında amaç aile fertlerini bilinç dışı sınırlamalardan kurtarıp, aile fertlerinin bir bütün içinde etkileşimde

olmalarına destek olmaktır. Psikoanalitik kuramcılar, kişilerin bastırılmış gereksinimlerini ortaya çıkarmaktansa, savunmaları destekleyip, iletişimi açıklamaya çalışırlar (36). Bu aile danışması, aileyi analitik yaklaşım tarzıyla anlamaya çalışır. Analitik yaklaşım tarzı, bilinçli ya da bilinçsiz olarak bireylerin birlikleri, nevrozları ve de etkileşimlerini içine alır. Psikoanalitik aile danışmasında transferans önemli bir kavram olmakla birlikte direnç üzerinde de durulur. Çünkü aile direnci, bireysel dirençten farklılık göstermektedir. Psikoanalitik aile danışması yordayıcı olması sebebiyle tedavi edici müdahalelerin kökeninde bilinçsizlik ve hastalıklı direnç vardır. Bu açıklamadan içgörü ve bütünleşme kavramları anlaşılmaktadır (35,36). Gladding (1998), psikoanalitik aile danışmasının güçlü ve zayıf yönlerine dikkat çekmiştir. Bu anlamda psikoanalitik aile danışmasının güçlü yönü olarak aile fertleri arasındaki etkileşim anlaşılır bir durumken; zayıf yönü olarak da, kuram her ne kadar aile sistemini incelese de, çoğunlukla ailedeki bir bireyin üzerine çok odaklandığı için danışma sürecinin uzun zamana yayılmasıdır. Bunun sonucunda da danışma hizmetinin ücreti pahalı olur (37).

2.1.4.2. Yapısal Aile Danışması

1970'li yıllarda en çok konuşulan modellerden birisi, Salvador Minuchin'in geliştirdiği yapısal aile danışması modeli idi. Kuram, aile danışmanlarının tersi olarak dinleme ve konuşmanın yerine aile üyelerini etkilemeyi yeğlemiştir (36). Yapısalcı yaklaşıma göre, her aile yapı itibariyle birbirinden farklıdır. Bu yaklaşımda aile danışmanları; etnik kökenin, sosyal statünün ve diğer birçok faktörün her ailenin yapısını ve işlevselliğini nasıl etkilediğini anlamalıdır. Kurama göre, aile kalıplarında süreklilik gösteren etkileşimler vardır. Süreklilik gösteren bu etkileşimler, aile kalıplarını meydana getirir. Meydana gelen bu kalıplar da aile sistemini destekler. Kuram, aile fertleri ailenin kurallarına uyum göstermektedir fikrini savunmaktadır. Çünkü kurallar, aile fertlerinin rol ve fonksiyonlarını ortaya koyar. Yapısal kurama göre, ailenin tamamlayıcı yapısı uzun süreçte oluşur. Çoğunlukla bu transaksyonlar görülmektedir. Çünkü bu kalıplar sadece içerik ve objelerden oluşmaz. Buna ek olarak ayrıntılar da kendini gösterir. Güvenli transaksyoneller geliştirmek aile fertlerinin değişim ve gelişimine olanak tanır ve işlevselliğini esnekleştirir. Kimi ailelerde ise, değişim ve gelişim tehdit oluşturmaktadır (38). Aile transaksyonu içinde, aile fertlerinin farklı seçimleri

vardır. Bu doğrultuda aile fertlerinin ne kadar çok farklı seçimleri olursa aile sisteminde o kadar çok bağımsız olurlar. Birey açısından bir gruba dahil olma duygusu da önemlidir. Bağımlılık ile özerklik zıt kavramlar olmakla birlikte insanın doğası ile çatışmaz. Özerklik farklı şartlara ve farklı sistemlere üye olmakla oluşur. Yapısal aile danışmasında, aile danışmanı, aileyi bireyle toplum arasında köprü görevi gören bir halka olarak görmelidir. Böylece, aile fertlerinin gelişimi sağlanırken, toplumla uyumu da sağlanmalıdır (39). Yapısal aile danışması, sosyal ve ekonomik açıdan düşük düzeydeki aileler için geliştirilmiş bir kuram olmakla birlikte, teknikleri de oldukça açıktır. Danışma sürecinde probleme odaklanılmış ve sürece sistemli yaklaşılmıştır. Fakat geçmişe değil de şimdiye odaklandığı için epeyce sadedir (35,37).

2.1.4.3. Yaşantısal Aile Danışması

Yaşantısal ya da insancıl aile danışması insancıl-varoluşçu danışma yaklaşımından doğmaktadır. Yaşantısal aile danışmasının savunduğu görüşlerden biri; eğer aile fertlerinin kendilerini gerçekleştirme noktasında bağımsızlık söz konusu ise, aile işlevlerini tam olarak yerine getirebilir (24). Bir diğer görüş ise, aile üyeleri duygularının farkında değildir, farkında oldukları zaman duygularını bastırma eğilimi gösterirler. Duygular bastırıldığı zaman da ailede duygusal sorunlar meydana gelir. Bu duygusal sorunların sonucunda aile üyeleri birbirlerinden uzaklaşıp, ailenin dahil olmadığı farklı uğraşlar oluştururlar. Bu kuramda, aile üyelerinin “şimdi” ve “burada” şeklinde davranmalarına yardımcı olunarak benliklerinin farkında olmaları artırılır (37). Yaşantısal aile danışmasında, danışmanlar yaşantıların önemli olduğunu vurgular. Aile üyeleri duygularını özgürce, kendiliğinden ifade etmelidir (34). Yaşantısal aile danışmanları sağlıklı aileyi, kişilerin gelişimlerine ve yaşamlarına katkı yapan aile olarak tanımlamaktadır. Kurama göre, bireyler çeşitli sebeplerle kendini gerçekleştirme gereksinimini doyuma ulaştıramadıklarında ailede problemler meydana gelir. Anne, babalar çocuklarını dinleyip, onları anlamaya çalıştıklarında, çocuklar da sağlıklı bir biçimde kendilerini anlatabilirler. Sağlıklı ailelerde problemler, sadece bir aile üyesine yüklenmez; aile üyeleri sorunları paylaşarak, sorun hususunda mücadele ederler (36). Bu yaklaşımda, aileler bütünlük içinde ve sağlıklı olma hususunda gayret ederler. Geçmiş yerine şimdiyle ilgilendikleri için, geçmişte yaşanmış bir vaka varsa ve şimdiki süreci etkiliyorsa, bunlar danışma

sürecinde anlaşılabilir (35). Yaşantısal aile danışmasının ilk amacı gelişmedir. Danışma sürecinde her aile üyesinin kendi ihtiyaçları ile duygularına duyarlı olmaları ve bunları aile içinde paylaşımları için gayret gösterilir. Diğer bir amaç ise üyelerin yetenek ve potansiyellerine karşı farkındalık kazandırıp; seçim ve kararlarında onlara yardımcı olmaktır. Üyelerin kendi bağımsızlıklarını gerçekleştirmeleri, nasıl hayat yaşamak istedikleri noktasında cesaret vermek, bağımsızlıklarının vermiş olduğu sorumlulukları kabul etme yaklaşımın kayda değer amaçlarından (24,35,36). Yaşantısal aile danışması, kişilerin davranışları sonucunda sorumluluklarını üstlenmesini sağlaması açısından ve şu anki yaşantılara odaklanıp, doğrudan olduğu için önemlidir (35,37).

2.1.4.4. Stratejik Aile Danışması

Stratejik aile danışmasının gelişmesine katkı sağlayanlardan biri olan Erickson'a göre; bu danışmada semptomlara doğrudan müdahale etmek doğru değildir. Var olan semptomu hangi faktörlerin etkilediği detaylı olarak incelenmektedir (36). Stratejik aile danışmasında, danışanın önceki davranışlarını değiştirmesi amacıyla doğrudan olmayan önerilerle cesaretlendirilmesi sağlanır. Danışan, önceki davranışlarını sürdürmekte ısrarlıysa, bu davranışlarıyla direkt olarak yüzleştirilmez. Danışan kendi çabaları sonucunda semptomlarından ya da davranışlarından vazgeçmelidir. Danışan, danışmanına inandığı ve güvendiği takdirde değişim başlamış olur. Böylelikle kişiler gerek düşünceleriyle gerek davranışlarıyla değişime açık hale gelirler (34). Stratejik aile danışmanları olumlu geri bildirim döngüsü kavramını aile etkileşimindeki sorunlara uyarlamışlardır. Kuramın savunucularından Haley, hiyerarşi kavramına çok önem vermiştir. Haley'e göre, ailenin yaşadığı bir problemin kaynağında aile hiyerarşisindeki aksaklıkların varlığı söz konusudur. Hiyerarşideki aksaklığa doğrudan müdahale etmek aile fertlerini rahatsız edebilir (37). Stratejik aile danışmasında, ailedeki problemler üç yolla meydana gelir. Bunlardan ilki sibernetiktir. Sibernetik durumunda, güçlükler artık kronik bir hal almıştır. Bu durumda da kronik problemler karşımıza çıkar. İkinci olarak yapısalıdır. Yapısal olma durumunda, yaşanan problem, aile hiyerarşisinden meydana gelir. Son olarak da fonksiyoneldir. Fonksiyonel olma durumunda ise, kişiler doğrudan olmayan yollarla, birbirlerini korur ya da kontrol eder (36). Stratejik aile danışmanları, var olan probleme yönelik müdahaleler geliştirmekle birlikte

geçmişi ele almak yerine, şimdi, şu an ile ilgilenirler. Ailede sürekli rahatsız edici davranışlara karşı, aileyi korumak adına yeni izlemler oluştururlar. Bu aile danışmasında her bir probleme farklı yöntemler geliştirilir (34). Stratejik aile danışmasının odağında semptom olmasına karşın aslında davranış üzerine yoğunlaşan bir danışma modelidir. Danışman gerçekleri anlayıp, ortaya çıkarmaya yönelik uğraşlarından kaçınmalı ve görüşmenin içeriğiyle değil, süreci yönlendirmeyele ilgilenmelidir (40). Bu yaklaşımda, danışman hızlı hareket edip, problemin çözümüne yoğunlaşmaktadır (37). Stratejik aile danışmaları aileyle samimi bir ilişki içinde oldukları için, aile fertleri danışma seanslarına katılmalarına gerek olmaksızın da istenen değişimlerin oluşması, stratejik aile danışmasını güçlü kılmıştır (36,37).

2.1.4.5. Bilişsel-Davranışçı Aile Danışması

Bilişsel-davranışçı aile danışması kuramı, kişinin şu anki düşüncelerini etkileyip, kişinin düşünceyle birlikte hareketlerini de değiştirmek için çaba sarf eder. Kurama göre, kişilerin sembolik olarak düşünme kapasiteleri bulunmaktadır. Hareketlerini düzenlemek amacıyla da düşünme kapasitelerini esnetirler. Bilişsel-davranışçı aile danışmasının odağını duygu, düşünce ve davranışların kişinin yaşamına olan etkisi oluşturur (34). Bu yaklaşım, aile üyeleri arasındaki anlayışı geliştirmeyi hedeflediğinden, üyeler birlikte görüşmelerle tedavi edilmektedir. Üyelerin birlikte görüşmeyle tedavi edilmesinin anlamı, ailedeki her bir üyenin diğer üyelerden ne beklediği, ne istediği ve bunların karşısında ne vereceğini belirtmesidir (41). Bilişsel-davranışçı aile danışmasında, danışmanlar dirençle yakından ilgilenmişlerdir (36). Aile danışmasında, değişimi oluşturmak amacıyla öğrenme teorilerinden faydalanılır. Birey için kullanılan teknikler, aileler için uygulanır. Uygulanan teknikler sayesinde aile fertleri, kişisel ya da birlikte, istenen davranışları nasıl algılamaları ve onaylaması gerektiğini öğrenirler (37). Bilişsel- davranışçı aile danışmasında, danışmanlar aileye model olurlar. Bundan dolayı danışmanlar eğitici rolünü üstlenirler. Davranışçı aile danışmasında genel amaç, ailede karşılıklı olarak değişim oranını maksimize etmek, istenmeyen sorunları en aza indirmek ve aynı zamanda iletişimle problem çözme yetisini öğretmektir (36). Bu yaklaşım, normal olmayan davranışlar neticesinde tıbbi tedaviyi reddeder. Bu nedenle, yaklaşıma göre, pek çok problem kişisel ve sosyal ilişkilerdeki eksikliklerden meydana gelir.

İlişkilerinde eksiklik yaşayan bireylerin eğitim almaya gereksinimi bulunmaktadır. Bilişsel-davranışçı aile danışmasında geçmişe odaklanmak yerine, ivedilikle probleme odaklanılır. Fakat problemin temelinde yatan nedenleri önemsemediği için de eleştirilmiştir (35,37).

2.2. Kronik Hastalıklar

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanan kronik hastalık kavramı; kalıcı etkiye sahip ve gittikçe çoğalan hasara ve bunun yanısıra geriye dönüşü olmayan farklılıklara sebep olan; uzun süreçte koruma, gözetim, iyileştirme ve bakım gereksinimi olarak tanımlanır. Kronik hastalık kavramı, uzun bir süreye yayılan, minimum 3 ay olmakla birlikte çoğunlukla da ömür boyu sürmektedir. Ayrıca kesin ve tam anlamıyla tedavi olmayan ya da tedavisi güç olan hastalıkları tanımlamak için kronik hastalık kavramını kullanabiliriz (42).

Kriz aşaması, kronik aşama ve terminal aşama kronik hastalıkların temelini oluşturan üç aşamadır. Aşamalardan ilki olan kriz aşaması; hastalığın tanısının konulması, tedavi planının belirlenmesi, hastalığa uyum sağlama ve hastalıkla başetme konularından oluşmaktadır. İkinci aşama olan kronik aşama, tanının konulmasıyla başlayıp, kişinin ömrünün sonuna yaklaştığı terminal dönem olarak adlandırdığımız döneme kadar giden süreçten oluşmaktadır. Hastalığın son aşaması olan terminal aşamada ise, ölümün kaçınılmaz bir gerçek olduğundan bahsedilmektedir (43,44).

Matson ve Brooks'un oluşturdukları kronik hastalığa uyum modeline göre, hasta olan kişiler baştan sona aşağıdaki aşamalardan geçmektedir. Bu aşamalar: (45)

1. *Belirsizlik*: Hastalığın öğrenildiği andan itibaren, hastalığın ne olduğunun bilinmemesi kişide kaygı sorununu meydana getirmektedir. Hasta olan kişi iç dünyasında sürekli olarak kendisine sorular yöneltmektedir. “benim neyim var ya da bana ne olacak” tarzındaki sorularla kendisini meşgul etmektedir.

2. *İnkar*: İnkâr evresi hasta kişide, şokla birlikte gelen hastalığa inanmama, kızgınlık ve öfke duygularını oluşturur. Hasta, sürekli “neden ben?” sorusunu sormaktadır. Ayrıca bu evrede aile, ya çok koruyup gözetir ya da tam tersi olabilir.

3. *Kabullenme*: Hasta bu dönemde artık yaşam kalitesini iyileştirip, yüksek tutmaya ve hastalıktan dolayı oluşan ruhsal, fiziki ve sosyal değişimlerini gündelik hayatıyla bağdaştırmaya gayret eder. Kimi hastalarda da kaybettiği fonksiyonlarından dolayı yas tutma büyük oranda yaşanabilmektedir.

4. *Uyum*: Uyum aşamasında, hastalığın meydana getirdiği değişiklikler artık günlük yaşama iyice girmiştir. Bu evrede, gerçeği yansıtmayan beklentilere saplanmama konusunda kişinin aile ve çevresindeki diğer insanlara önemli derece görev düşmektedir.

2.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Tedavi Yöntemleri

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) nedeni olarak; hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM), glomerulonefrit (GN) ve diğer sebepler (piyelonefrit, polikistik böbrek hastalığı, enfeksiyonlar, taş) olarak sıralayabiliriz (46). Kronik böbrek yetmezliği pek çok sebepten ötürü gelişebilir. Bu nedenlerin sıralaması ülkelere göre değişmektedir (47). Ayrıca hastaların önemli çoğunluğunda etiyoloji belirlenememekle birlikte belirlenen nedenler kapsamında diyabet, hipertansiyon ve glomerulonefrit'ler hastalığın temel sebepleri oluşturmaktadır (48).

Kronik böbrek yetmezliği, tedavisi zor olan ve aynı zamanda bireyi ve ailesini olumsuz etkileyen bir rahatsızlıktır. Bu hastalıktan dolayı, kişinin yaşam kalitesi azalır. Kronik böbrek yetmezliği, hastaların morbiditesini, mortalitesini ve bununla birlikte sağlık giderlerini artıran önemli bir sorundur. Bu tanıyı alan hastalarda belirti ve bulguların şiddetinden dolayı, memnuniyetsizlik yaşanmakta olup; ayrıca diyet kısıtlamaları, uyku bozuklukları ve cinsel sorunlar söz konusudur (49).

Böbreklerin her biri yaklaşık olarak 120-150 gr ağırlığında olup, retroperitoneal kısımda bulunur. Böbreğin pek çok görevi vardır (50).

- Sırasıyla; ilk olarak glomerüler filtrasyon, ardından tübüler reabsorpsiyon ve sonrasında tübüler sekresyon ile idrarın oluşturulması,
- Vücuttaki sıvı ve elektrolitlerin homeostazının devamı,
- Vücutta oluşan metabolik atıklarının uzaklaştırılması,

- İlaçların ve toksinlerin uzaklaştırılması,
- Eritropoietin hormonunun ve D vitamininin üretimi,
- Peptit hormonlardan olan insülin, glukagon, parathormon, kalsitonin, büyüme hormonlarının ve molekül ağırlığı düşük olan polipeptitlerin yıkımı,
- Glukoneogenezin oluşturulması ve lipid metabolizmasındaki metabolik etkileri gibi böbreğin fonksiyonlarını sıralamak mümkündür.

Kronik böbrek yetmezliği (KBY); böbreklerin nefron kütlelerinin progresif ve geri dönüşümsüz olmasıyla birlikte, genel olarak kronik renal ya da sistemik hastalıklara bağlı olarak böbreğin işlevlerinin giderek kaybolmasıyla ortaya çıkan bir hastalıktır. Bu süreçte, yerine koyma diye tanımlanan renal replasman tedavisi başlamazsa, üreminin oluşacağı varsayılmaktadır (51,52).

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), birçok etiyolojik sebepten dolayı, nefronların ilerleyici olarak ve bunun yanı sıra geri dönüşü olmayan kaybıyla, GFR’de ilerleyen yönde azalmayla karakterize olan, böbreklerin sıvı çözünen dengesini ayarlamayla birlikte ayrıca metabolizmada ve endokrin işlevlerde kronik bir bozulma durumu şeklinde tanımlanabilir (53). Başka bir deyişle kronik böbrek yetmezliği (KBY), GFR’de azalma olsun ya da olmasın, böbrekteki 3 aydan daha fazla süren yapısal veya fonksiyonel bozulmalarla seyreden; idrarda, kanda ya da görüntüleme teknikleriyle belirlenen bir hasar oluşmuş olması şeklinde de açıklanabilir. Normal GFR ile beraber olması durumunda dahi böbrek hasarı, kronik böbrek yetmezliği olarak tanımlanır (54). Böbrek hasarı çoğunlukla, böbrek biyopsisine gerek kalmadan bazı belirtilerle de tespit edilebilmektedir (55).

Ülkemizdeki kronik böbrek yetmezliği sıklığını ve sebeplerini araştıran çalışma sayısı oldukça sınırlı olmakla birlikte; Türk Nefroloji Derneği verileri ülkemizdeki kronik böbrek yetmezliği hastalığının yaygınlığının nüfus başına 390 olduğunu göstermektedir. Buna ilaveten, ülkemizdeki, son dönem olarak adlandırılan böbrek yetmezliği prevalansı (yaygınlık oranı) başka ülkelerle kıyaslandığında fazlasıyla düşük olduğu görülmektedir. Son dönem olarak adlandırılan böbrek yetmezliği olan hastalar için hemodiyaliz, sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) ve renal transplantasyon gibi farklı tedavi yöntemleri uygulanmaktadır (56).

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hasta sayısının ülkemizde 60.000'in üzerinde olduğu görülmektedir. Diğer ülkelerde de olduğu gibi son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tedavisinde en fazla kullanılan yöntem 2012 yılı verileri sonucunda %79.28 ile hemodiyalizdir (57).

2.2.1.1. Periton Diyaliz

Periton diyalizi kanın atık maddelerden temizlenip, sıvı elektrolit dengesinin sağlanmasıdır. Böbrek yetmezliği tanısı konulan hastalarda, böbreğin işlevlerinin sürekli olarak hiçbir alete ihtiyaç duyulmadan yerine koyma fikri neticesinde periton diyalizi geliştirilmiştir (58).

Periton diyalizi iki biçimde uygulanmakta olup bunlar; sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) ile aletli periton diyalizi (APD) biçimindedir. Bu bağlamda periton diyalizi altı farklı şekilde uygulanır. Birincisi ve en yaygın olanı sürekli ayaktan periton (SAPD) diyalizidir. Aletli periton diyalizi (APD), aralıklı periton diyalizi, sürekli sıklık periton diyalizi, gece periton diyalizi ve tidal periton diyalizi olmakla birlikte altı farklı biçimdedir (59).

Periton diyalizin uygulanmasına baktığımızda, hastanın karın boşluğuna kateter yardımıyla diyaliz solüsyonu verilmektedir. İlk olarak hastanın karnına kateter denilen silikon tüp yerleştirilmektedir. Kateterin belli bir bölümü karnın dışında, orta bölümü cildin altında ve son bölümü ise karnın iç kısmında bulunur. Ne zamanki hasta bu işlemi kendi kendine uyguluyorsa, o zaman tedavi başlamış olur. Karın boşluğu periton denilen zarla kaplıdır. Bu zar, vücutta depolanan toksinlerin ve de fazla sıvının diyaliz sıvısına geçişine imkan tanır. Bundan dolayı, karın boşluğu günde birkaç kez diyaliz sıvısıyla doldurulur. Bu sıvı karında bekletilip sonrasında boşaltılır ve böylece hastanın kendi böbrekleri gibi kesintisiz şekilde atık madde ve sıvı uzaklaştırılması sağlanmaktadır. İşlem genellikle haftanın 7 günü ve 4 kez uygulanmaktadır (60).

Periton diyalizde bazı komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Bu komplikasyonlar: Peritonit (karın zarı iltihabı), Çıkış yeri enfeksiyonu, Mekanik problemler, Periton diyaliz kateterinin malpozisyonu, drenaj olmaması, Kateter çevresinden veya karın duvarından sızıntılar, Perine dönemi, Fıtıklaşma, Sırt ağrısı,

Hiperglisemi, Lipid metabolizmasındaki anormallikler, Protein kayıpları, Yüksek serum laktat düzeyi, Hiponatremi veya hipernatremi, Hipokalemi veya hiperkalemi, Hipokalsemi veya hiperkalsemi şeklinde özetlenebilir (61).

2.2.1.2. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz, kanın bir makine yardımıyla temizlenip, tekrar vücuda geri verilmesidir. Bu işlemin uygulanması için yeterli miktarda kan akışının sağlanması gerekir. Hastaya damar yolu açılarak yeterli miktarda kan akışı sağlanır. Hemodiyaliz haftada 2 veya 3 kez uygulanmalıdır (61). Hemodiyaliz ilk kez 1946'da Wilhelm Korff tarafından akut böbrek yetmezliğinin tedavisinde uygulanmıştır. 1960 yıllarından itibaren de kronik böbrek yetmezliğine sahip hastaların tedavisinde uygulanmaya başlanmıştır (58). Hemodiyaliz işlemi üç aşama aracılığıyla yapılır. Bu aşamalardan ilki diyalizör (filtre), ikinci aşama bir pompa yardımıyla kan diyalizat dolaşımını sağlayan sistem ve son aşama olarak da solüt klirensi için belirlenmiş belirli bir kimyasal içeriğe sahip sıvı (diyalizat) (62). Hemodiyaliz işlemi, hasta kanı ile diyaliz sıvısı yarı geçirgen olan bir zar tarafından bölünecek şekilde karşı karşıya getirilmesi aracılığıyla yapılır. Hemodiyaliz membranının üzerinde por adını alan küçük delikler bulunmaktadır. Bu delikler su, potasyum, sodyum, üre gibi küçük molekül yapısına sahip olan maddelerin zarın bir tarafından zarın diğer tarafına geçmesini engelleyemezler. Fakat molekül yapısı büyük olan polipeptidlerin, bakterilerin ya da kan hücrelerinin zardan geçmelerine izin vermezler. Hemodiyaliz işleminin temeli, zardan geçebilen bu küçük moleküllerin membranın iki tarafındaki konsantrasyonları eşit olana kadar yüksek konsantrasyonlu taraftan küçük konsantrasyonlu tarafa doğru yer değiştirmesine dayanır (63). Hemodiyalizde hasta, malnütrisyon ile daha az karşılaşır ve karına ait komplikasyonlara rastlanmaz (64). Hemodiyaliz işleminden kaynaklanan bazı akut ya da kronik sorunlar ortaya çıkabilmektedir (65). *Akut sorunlar* olarak; hipotansiyon, aritmi, kramp, mide bulantısı ve baş ağrısı, ateş, ekstraselüler osmolaritede ani düşmeye bağlı serebral ödem görülmekle beraber; *Kronik sorunlar* ise; aterosklerozun hızlanması, hepatit b ve hepatit c enfeksiyonları, infertilite, depresyon, alüminyum toksisitesine bağlı değişiklikler, nefrojenik asit, akkiz renal kist şeklindedir (66).

2.2.1.3. Transplantasyon

Son dönemlerde en fazla tercih edilen tedavi yöntemlerinden biri olan böbrek naklinde; böbrek fonksiyonlarının birkaçı değil, bütün fonksiyonları yerine getirilir. Böbrek nakli ameliyatıyla birlikte hasta diyalizin yarattığı tüm olumsuz etkilerden kurtulur. Şunu da belirtmek gerekir ki böbrek naklinin yapılabilmesi, alıcının (hastanın) herhangi bir komplikasyonunun olmamasına bağlıdır (58). Transplantasyon yöntemi ilk olarak 20. Yüzyılda başlamıştır. İlk başarılı böbrek nakli 1954 yılında Murray ve ekibi tarafından Amerika’da gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte ülkemizde ise ilk böbrek nakli 1968’de Prof. Dr. Necdet Koçak ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. 1975 yılında Prof. Dr. Mehmet Haberal ve ekibiyle birlikte düzenli nakil sistemi ilk kez Ankara’da hayata geçirilmiştir. Ülkemizde, 25 merkezde transplantasyon işlemi başarıyla gerçekleştirilmektedir (67).

2.2.2. Diyalize Bağlı Kayıplar

Fiziksel İşlev Kaybı; Hemodiyaliz tedavisi böbreğin görevini görür fakat böbreğin yerine getirdiği bütün görevleri de yerine getiremez. Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların bazı şikayetleri (bulantı, kusma, halsizlik gibi) devamlılık gösterir. Buna ek olarak kan basıncının düşmesine dair belirtiler de buna dahil edilir. Bu sebeplerden dolayı hasta olan kişi özerkliğini ve sağlığını kaybettiğini düşünerek, kaygının oluşmasına sebebiyet verir (68).

Ekonomik Güvence Kaybı; Bir kişinin diyaliz tedavi görmesi ailede çoğunlukla maddi yıkıma neden olmaktadır. Diyaliz tedavisi yoğun bir tedavi gerektirdiği için hasta çalışmakta zorlanabilir (69). Bu da maddi kayıpların artmasına neden olmaktadır (70). Bunlara ilaveten hastanın işgücü kaybıyla birlikte tedavi masrafları ile diyaliz merkezlerinin var olduğu büyük şehirlerde yaşaması da hastaya ekstra yük getirmektedir (68).

Aile Düzeninin Bozulması; Eşler üzerinde yapılan çalışmalar, diyaliz hastalarında, hasta eşlerinin hastaya psikolojik olarak yakınlık ihtiyacının yanında saldırganlık içinde olduklarını da göstermiştir. Diyalizin tedavisinin ilk dönemlerinde aile üyelerinin hastayla aşırı ilgili olduğu, daha sonra bu ilgilerini kaybettikleri

gözenmiştir. Diyaliz hastalarının eşlerinin hastalara negatif hisler geliştirmesinin mühim bir nedeni olarak da cinsel işlev yitimi gösterilmektedir (69).

2.2.3. Diyalizde Psikolojik ve Sosyal Sorunlar

Diyalize giren hastalarda bazı sebeplerden dolayı (hastalığın evresi, süresi, tedavi biçimi gibi) komplikasyonlar meydana gelebilmektedir. Bu komplikasyonlar, davranışsal, kaygı, depresyon, uyumda zorluk, organik beyin sendromları ve cinsel sorunlar olarak sıralanmaktadır (71).

Karabulutlu ile Okanlı'nın yaptığı bir çalışmada (2011), hemodiyalizli hastaların yoğun güç kaybına uğradıkları ve yorgunluk belirtileri yaşadıkları ve bundan dolayı da bu durumu hastalığa bağladıkları vurgulanmıştır (72).

Yetişkin (2008) yaptığı çalışmasında, kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hastaların kontrol grubuna göre, maksimum olarak kaygı ve depresyon riskinin var olduğu neticesine ulaşmıştır (73).

Mutlu (2007) yaptığı çalışmasında hastaların eğitim düzeyleri ve buna ilaveten ekonomik durumları ne kadar artarsa benlik saygısının da o kadar yükseldiği sonucuna varmıştır. Bu bağlamda gelir seviyesi düşük olan hastaların da minimum düzeyde benlik saygısına sahip olduğu fikri vurgulanmıştır. Ekonomik yönden sosyal destek alan hastalarda benlik saygısının, almayan hastalara göre daha üst düzeyde çıktığı belirtilmiştir. Yine bu çalışmada hastaların yakın çevresiyle ilişkilerinin azaldığı ve buna ilaveten diğer insanlara karşı beklentilerinin arttığı görülmüştür (74).

Kronik böbrek yetmezliği, ülkemizde yaygın olan hastalıklardan biri olmakla birlikte bu hastalık, kişiye yeni rolleri de beraberinde getirmektedir. Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış bireyin bu rahatsızlığı geçirme şiddeti, hastalıkla başedebilme güçleri, birçok faktöre bağlı olarak değişmektedir. Ve her kişinin başetme kapasitesi farklıdır. Hastaların sağlık hizmetlerine kolaylıkla erişebilmesi ile hastalıkları hakkında bilgi sahibi olması eğitim ve ekonomik gibi faktörlerin düzeyine bağlı olduğundan dolayı, hastalıkla başedebilmede eğitim ve gelir mühim faktörlerdir (74,75).

Kronik böbrek yetmezliği olan bireylerin çoğu sosyal hayatlarından kopmaktadır. Sosyal desteği olan bireylerin hastalıkları ile mücadele edebilme güçleri artmaktadır. Kişinin sosyal destek mekanizmaları yaşama yeniden tutunmak adına önem arz etmektedir. Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış bireyin öz bakımında ve sosyal desteği bağlamında aile üyeleri en büyük kısmı oluşturmaktadır. Aileler, aile içi destek ve aile içi ilişkiler bağlamında geleneksel olan tutumunu sürdürmektedir (76).

Kronik böbrek yetmezliğinin diğer bir boyutunu çevresi oluşturmaktadır (arkadaş, akraba, komşu gibi). Hasta olan bireyin sosyal destek mekanizması ne kadar fazla olursa, bireyin hastalığıyla daha çabuk başedebilmesi önem teşkil etmektedir. Bu sayede dışlanmışlık ve acınası bir halden sıyrılıp, hasta olan birey adımlarını daha güçlü atacaktır. Kronik böbrek yetmezliğinin başka bir boyutu ise devlet kurumlarıdır. Tedavi oldukları yerde görev yapan çalışanların tutum ve davranışlarıyla birlikte, devletin de sağladığı destekleyici politikalar önemli rol oynamaktadır (76).

2.2.4. Diyaliz Sürecinde Birey ve Ailesi

Hastalık kavramı temel olarak, hasta olan kişiyi ve hastanın etkileşimde olduğu çevresini ve birçok sistemi etkileyen, kişinin yaşamına dair tehdit unsuru oluşturabilen, kriz ortamı sonucunda stres yaratan ve uyumu güçleştiren bir durumdur (77). Kronik hastalık, hastalığa sahip olan bireyle birlikte ailesini de etkilemektedir. Hastalık tanısı konulduktan sonra, her bireyin ve ailesinin hastalığa karşı tutumları farklıdır. Kronik hastalığı olan birey ve ailesi bu süreçte geleceğe dair kaygı duymakla birlikte tedavinin de hastalığın seyrini olumlu olarak etkilemeyeceği düşüncesine kapılırlar. Hasta birey kendini idame ettirememekten ve bunun sonucunda da aile üyelerine muhtaç olmaktan korkar. Hastada ve ailede çaresizlik, umutsuzluk, suçluluk duygusu ve kaygıyla birlikte seyreden depresyon söz konusu olabilmektedir (78). Hastalık süreciyle birlikte kişiye verilen bakımda sistemli hale getirilir. Bundan dolayı aile hem bakım sürecinde hem de hastalığın getirmiş olduğu ruhsal sorunlarla mücadelede sıkıntı yaşayabilir. Hastalık sürecinde ailede görev ve sorumluluklar değişmekle birlikte aile üyelerine yeni görev ve sorumluluklar yüklenir (78). Fazlıoğlu ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları çalışma

neticesinde, çocukluk döneminde ortaya çıkan kronik hastalıkların belirtileri, nedenleri, tedavi yöntemleri, hastalığın uzun dönemde seyretmesi, günlük aktiviteleri engellemesi noktasında stres oluşturup, aile yaşam döngüsünde önemli sorunlara neden olduğu ileri sürülmüştür (79). Kronik hastalığı olan bireyin, günlük yaşamında, bakım veren kişi için oldukça önemlidir. Hastalıkla birlikte bakım verenin sorumlulukları artmaktadır. Bakım veren kişinin sorumlulukları arttıkça da hastaya bakım veren kişi sosyal yaşama dahil olamamaktadır. Sorumlulukların artmasıyla birlikte uzun süreli tek yönlü bakım karşımıza çıkar. Bunun sonucunda ise ailede, günlük yaşam ve aile üyeleri arasındaki etkileşim başkalaşmakta, yeni duruma alışma sürecinde zorluklar yaşanmaktadır (80,81).

Kronik hastalığı olan birey ve ailesi yaşadıkları sorunlar sonucunda ihtiyaç duyduğu noktalardan biri sosyal destektir. Sosyal destek, zorluklar yaşayan ve ihtiyacı olan veya bir kronik hastalığı olan bireye, ailesi ya da çevresi tarafından verilen maddi ve manevi yardımdır. Yeterli sosyal destek verilmesi sonucunda hastada ve buna ilaveten bakım veren kişide uyum desteklenmekle birlikte yaşam kalitesi de arttırılmış olur (82). Kronik hastalığa uyum sağlayan ve sosyal desteği yeterli düzeyde olan aileler sabırlıdırlar ve yaşadıkları durumu gerçekçi bakış açısıyla yorumlarlar. Bu aileler güçlü yönlerini ortaya çıkararak toplumda belli bir yer edinmeyi sağlar. Buna karşın kronik hastalığa uyum güçlüğü çeken ailelerin baş etme ve sosyal destek mekanizmalarında eksiklik söz konusudur. Bu ailelerde uyum bozuklukları, aile içi çatışmalar, suçluluk ve suçlanma, dışlanma, öfke, psikosomatik sorunlar oldukça fazla yaşanır (83).

Kronik böbrek yetmezliği sonucunda ortaya çıkan diyaliz tedavisi, hem aileyi hem bireyi psikolojik ile sosyal yönden etkileyerek çeşitli sorunların yaşanmasına neden olur ve bu yüzden bireyin ve ailesinin psikososyal olarak desteklenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, hastalar ile birlikte hastaların yakınlarının da bir bütüncül yaklaşım aracılığıyla değerlendirilmesi gerekmektedir. Hemodiyaliz tedavi süreci ile hasta yakınları, hastaya bağımlı hale gelmektedir. Bu nedenle, tedavi süreci boyunca hastalar ile hasta yakınlarının da psikososyal yönden desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca, ailelerin ekonomik destek sistemlerinin arttırılmasına önem verilmesi gerekmektedir (84). Kronik hastalığa sahip bir bireyin bakımında aile bağlarının kuvvetli olması, sağlık personeli ile aile arasında işbirliğini artırır. Hastanın eğitimi sadece bireyi değil aileyi de kapsamalıdır. Çünkü eğitilmiş hasta

yakınlarının, bireye hastalıkla baş edebilmesinde katkı sağlaması daha kolay olabilir. Bu şekilde bireyin destek sistemleri, bireyin kısıtlılıklarla başetmesine katkı sağlayabilir. Eğitimin yanı sıra birey ve aileye tedavi ve bakım sürecine ilişkin sosyal güvence ve yardımlaşmayla birlikte, diyaliz merkezleri hakkında da bilgiler verilmelidir. Hastayı bilgilendirmenin yanısıra benzer durumdaki ailelerin bir araya gelmesine yardımcı olunmalıdır. Böylece aileler karşılaştıkları sorunları, alternatif çözüm önerilerini ve başetme yöntemlerini tartışabilirler. Bu durum, ailelerin baş etme gücünü artırabilir ve izolasyon, güçsüzlük, çaresizlik, umutsuzluk gibi duygularının da azalmasına yardım edebilir (85). Hastalığa uyum sürecinde hastanın manevi gücünün yüksek olması da etkilidir (86).

2.2.5. Diyaliz Hastaları Bağlamında Sosyal Destek

Literatüre baktığımızda sosyal destek kavramı bazı araştırmacılar tarafından şöyle tanımlanmıştır:

Tomanbay sosyal desteği, kişiler ya da kurumlar aracılığıyla bireye sağlanan, maddi manevi destekle birlikte verilen bilgiler bütünü olarak tanımlar (87). Caplan ise sosyal desteği, kişinin stresli bir olay karşısında, o olayla başa çıkmasını kolaylaştıran ve çevresinden aldığı geri bildirimi olarak tanımlar (88). Cobb'e göre sosyal destek, kişinin sevilip gözetildiği, verilen değere bunun yanısıra bir iletişim ve karşılıklı sorumluluklar sisteminin bir parçası olduğuna dair çevresindeki bireylerden elde ettiği bilgidir (89). Mc Elroy sosyal desteği, stresin negatif etkilerinden ve kişiyi koruyan sistemleri de kapsayarak sosyal ilişkilerin değişik yönlerden tarif edildiği kavram olarak tanımlamıştır (90). Thoits'e göre sosyal destek, kişinin aile fertleri ve çevresini oluşturan (arkadaşları, komşuları, akrabaları gibi) bireylerin yaptığı yardımcı işlevler olarak tanımlanır. Bu işlevler sosyal yardım, araçsal yardım, duygusal yardım ve bilgisel yardımlardan oluşur (91). Işıkhan ise, kişiye, çevresindeki insanların yaptığı yardımlar şeklinde sosyal desteği tarif etmiştir (92). Ostergen ve arkadaşları kronik olmayan göğüs yakınması olan hastalarla yaptığı çalışmada sosyal desteği beş kısımda ele almış olup; bu boyutlar; değer veren sosyal destek, genel duygusal destek, bilgilendirici destek, materyal desteği ve güven verici destek olarak sıralamıştır (93). Connet ise çalışmada sosyal desteği, duygusal ve araçsal olarak iki kısımda incelemiştir. Connet'e göre duygusal destek;

depresyon, kaygı, stres ve umutsuzluğu bastırma yönünde, teselli eden davranışlardan oluşur. Araçsal destekse, ekonomik anlamda para, yiyecek temini, barınma ve çocukların bakımın üstlenilmesinden oluşur (94).

Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da sosyal destek kavramı önemli bir yere sahiptir. Sosyal destek mekanizmalarının en önemlisi ailedir. Literatüre baktığımızda sosyal destek kavramının sağlığı koruyan ve sürdüren etkileri çeşitli araştırmacılar tarafından incelenmiştir. Örneğin: Fusilier ve Ganster sosyal desteğin sağlığı etkileyen iki yönü üzerine yoğunlaşmışlardır. İlki sosyal desteğin iyilik hali üzerinde direkt etkiye sahip olduğu yönündedir. Diğer ise, sosyal desteğin, yaşantıdaki stres üzerine tampon görevi görmesi sağlığı pozitif olarak etkilemektedir (95). Kişinin sosyal destek mekanizmaları ne kadar güçlü olursa, çaresizlik ve umutsuzluk düzeyleri azalmakta olup, stresle başetme konusunda kendine olan güveni artacaktır.

Carlson ve Perrewe sosyal desteği önemli bir kaynak olmanın yanında başetme mekanizması rolüyle de stres verici durumların yarattığı olumsuzlukları minimuma indireceği noktasına odaklanmışlardır (96).

Özgüven ve diğerleri, kişinin problem çözme gücünün geliştirilmesinde ve var olan becerileri kullanmasında sosyal desteğin önemine dikkat çekmişlerdir. Buna ilaveten başetme gücü yeterli olan insanların, çevresinde bulunan sosyal desteklerden daha iyi bir şekilde yararlanacakları hususuna değinmişlerdir (97).

Eker ve diğerleri ise, sosyal desteğin hastalıklara karşı koruyucu rolünün olduğu noktasına değinmişlerdir (98).

Literatüre baktığımızda diyaliz hastalarında sosyal destek kavramını ele alan çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Okanlı'nın yaptığı çalışmada 178 diyaliz hastasının en fazla desteği ailesinden aldığı görülmektedir. Ayrıca yaş, diyaliz hastalarında sosyal destek noktasında anlamlı bir fark oluşturmamıştır. Diğer önemli bulgu ise, hastalarda sosyal destek ne kadar çok artarsa, hastanın yaşam doyumu da o kadar çok artacaktır (99).

Cummings ve arkadaşları psikolojik ve sosyal faktörlerin, diyaliz komplikasyonlarını etkilediğini belirtmiştir. Buna ilaveten kronik böbrek yetmezliği

tanısı alan hastalara verilen sosyal destek zayıfsa, bu durumun depresyona yol açtığı bilgisine ulaşılmıştır (100).

Süleymanoğlu yaptığı çalışmasında sosyal desteğin azalmasında hastalarda depresyon riskini artırdığı sonucuna ulaşmıştır (101).

Astan'ın çalışmasında ise, sosyal desteği düşük olan hastaların büyük ölçüde depresyon ve anksiyete semptomlarına sahip olduğu gözlenmiştir. Bu bağlamda yapılan çalışmada, depresyon ve anksiyete üzerinde sosyal desteğin anlamlı bir etkisinin olduğu görülmüştür (102).

2.2.6. Tıbbi Sosyal Hizmet

2.2.6.1. Tarihçesi ve Tanımı

Sosyal hizmetin uygulama alanlarından biri de tıbbi sosyal hizmettir. Tıbbi sosyal hizmetin gelişmesi ve sosyal hizmet meslek elemanlarının sağlık kurumlarında yer almasının temelinde dört boyut vardır. İlk olarak, 19.yüzyılın sonlarında, 1880 yıllarında, İngiltere’de başlatılan uygulama sonucunda, akıl ve ruh sağlığı hastanelerinde tedavi olan ve tedavi sonunda taburcu edilen hastaya ve ailesine tedavi kapsamında gerekli bilgilerin sunulması amacıyla ev ziyaretleri düzenlenmiştir (103,104). İkinci boyut, “Lady Almonerler” tarafından sürdürülen uygulamalardır. “Lady Almonerler” çeşitli sağlık kurumlarında çalışarak, hastaya ve ailesine destek olmuşlardır. Aynı zamanda 1890 yılında Sir Charles’ın öncülüğünde faaliyet gösteren Almonerler, hastanın sağlık kurumlarında, ücret karşılığı olmadan tedavi görüp göremeyeceği noktasında da incelemelerde bulunmuşlardır (103-106). Üçüncü boyut, ziyaretçi hemşireler tarafından sürdürülen uygulamalardır. 1893 yılında Wald ve Brewster Amerika’da faaliyet gösterdikleri çalışmalarda maddi yetersizlik içinde olan hastalara ev ziyaretleri düzenlemişlerdir. Bu amaçla, hastaya hem sağlık bakımı sağlanmış hem de hastanın yaşadığı çevrede gözlemler yapılmıştır. Ziyaretler, tedaviyi kolaylaştırmıştır. Hastaların tekrar hastalanıp hastaneye geri dönmelerinin önüne geçilmiş ve kısa sürede sağlıklarına kavuşmaları hedeflenmiştir (103,104,106). Son boyutu ise, tıp öğrencileri oluşturmuştur. Tıp eğitimi gören öğrenciler, sosyal yardım kuruluşlarında çalışmalara katılmış olmakla birlikte hastalık ve tedavi boyunca, birey ve ailesi üzerinde nelerin etkili olabileceği

konusunda çevresel etmenleri gözlemlemişlerdir (107). 1902 yılında John Hopkins Üniversitesinde, Dr. Emerson hastalığın duygusal etkilerini de derslere ilave ederek, tıp öğrencilerinin, gönüllük esasıyla sosyal yardım kuruluşlarında aktif rol oynamasına imkan tanımıştır. John Hopkins Hastanesinde yürütülen bu faaliyetlerin akabinde, tıp eğitimi gören öğrencilerin hastalar hakkında daha çok bilgiye ulaşması amacıyla hastaların evini ve neler yaşadıklarını gözlemek adına ev ziyaretleri uygulamaya konulmuştur (104,106,107).

Dr. Chapin, 1902 yılında koruyucu aile hizmetlerinin daha güçlü olması amacıyla bir vakıf kurmuştur. Kurulan bu vakıf, sonraki süreçlerde sağlık kurumlarında sosyal hizmet birimlerinin faaliyet göstermesinde önemli bir adım olmuştur (106).

1905 yılına gelindiğinde Amerika’da Dr. Richard Cabot, hastalar üzerinde gözlemlerde bulunmuştur. Dr. Cabot’a göre, hastalar tıbbi tedaviye gereksinim duymakla birlikte, tıbbi sosyal hizmet yardım almadıkları durumlarda da kesin bir iyileşme halinin olmadığını gözlemlemiştir. Tıbbi sosyal hizmetin öncülerinde diyebileceğimiz Dr. Cabot, hastayı daha detaylı ve yakından tanınmanın gerekli olduğunu savunuyordu. Bu düşünceleri doğrultusunda sağlık kurumlarında hastanın yaşadığı olaylara destek olmak ve rehberlik etmek amacıyla sosyal hizmet meslek elemanlarının ekibe dahil edilmesini öngörmüştür. Bu gelişmelerle birlikte tıbbi sosyal hizmet Amerika’da epey yaygınlaşmıştır (108).

Yaşanan gelişmelerle beraber ülkemizde de sosyal hizmet resmi olarak ilk defa Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer bulmuştur. 1959 yılında, 7355 sayılı kanun ile Sosyal Hizmetler Enstitüsü kurulmuştur. Bu kanun tıbbi sosyal hizmete resmiyet kazandırmıştır ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde Tıbbi Sosyal Hizmetler Şubesi kurulmuştur. Sosyal hizmet meslek elemanı yetiştirmek ve istihdam etmek için 1961 yılında Sosyal Hizmetler Akademisi kurulmuştur (109). 1967 yılında Ankara’da Hacettepe Üniversitesi Sosyal ve İdari Bilimler Fakültesine bağlı olarak Sosyal Çalışma Bölümü kurularak daha çok meslek elemanı istihdam edilmesi amaçlanmıştır. 1976 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün yardımı ile “İnsan Gücünün Geliştirilmesi” adında proje başlatılmıştır. Proje kapsamında, Ankara Çubuk ve İzmir Torbalı Sağlık Grup Başkanlığında sosyal hizmet meslek elemanları etkin bir şekilde rol almıştır (109).

Tüm bu gelişmeler ışığında tıbbi sosyal hizmetin çeşitli tanımları yapılmıştır. Tıbbi sosyal hizmet; “Hastaların bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden sağlıkları yönünden yararlanmalarını engelleyen içsel ve dışsal sorunların çözümlenmesi amacıyla yapılan ekonomik, toplumsal, psikolojik, eğitici, destekleyici hizmetlerin tümüdür” (110).

Tıbbi sosyal hizmet; “Sağlıklı olmayı mümkün kılmayı, hastalıkları önlemeyi, fiziksel yönden hastalığı olanlara ve onların ailelerine hastalığa ilişkin olarak karşılaştıkları sosyal ve psikososyal problemleri çözmeyi amaçlayan hastanelerde ve diğer sağlık bakım ortamlarında gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamasıdır” (111).

Tıbbi sosyal hizmet; “Tıpsal sağlık alanında sosyal çalışmanın görev alanına giren konularda verilen hizmetlerdir” (87).

2.2.7. Nefrolojik Açıdan Sosyal Hizmet

Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW) ile Amerikan Ulusal Böbrek Vakfı (NKF) nezdindeki Nefrolojik Sosyal Hizmet Uzmanları Kurulu (CNSW) 2003 yılında nefrolojik sosyal hizmet uzmanlarının yararlanması adına bir kılavuz hazırlamıştır. Bu kılavuza göre, nefrolojik sosyal hizmet; çok yönlü ihtiyaçların belirlenmesi, kaynakların temini, takım planı, savunuculuk, havale, eğitim gibi rolleri kapsamaktadır. Aile ya da bakım veren kişiler istedikleri klinik müdahale ya da danışmanlığa diledikleri takdirde ulaşabilmelidir. Nefrolojik sosyal hizmet uygulamaları, kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hastalarla birlikte ailelerinin de psikolojik ve sosyal yönden işlevselliğini maksimum düzeye çıkarmalıdır. Tüm bu uygulamalar neticesinde nefrolojik sosyal hizmet uzmanları kurulu, kronik böbrek yetmezliğinin yarattığı durumlardan kaynaklanan sosyal ve duygusal bağlamdaki stresleri iyileştirmeyi hedefler. Örneğin ömrün kısalması korkusu, sosyal ve ekonomik anlamda yaşanan sıkıntılar, kişinin hastalığından dolayı mesleğini icra edememesi, cinsel yaşamında meydana gelen değişiklikler ve bunlara ilaveten tedavinin zorlu bir süreç olmasının yanısıra uzun zamana yayılması da hastaların duygusal anlamda etkilenmesine yol açmaktadır (112).

Literatüre baktığımızda nefrolojik sosyal hizmet uzmanının rol ve işlevlerini şu şekilde özetlemek mümkündür: Hastaların, kronik böbrek yetmezliği ve tedavi

biçimleriyle başetmelerinde çeşitli engellere (sosyal, ekonomik, psikolojik engeller gibi) yönelik ilk değerlendirmeleri yapmak ve süreç içinde de değerlendirmelere devam etmek, Hastalara ve hastanın yakınlarına duygusal anlamda destek vererek onları cesaretlendirmek, Kişinin hastalığına uyumu ve kronik böbrek yetmezliği ile başetmeleri konusunda destek olmak, Destek gruplarını da dahil ederek grup çalışmasına olanak tanımak, Hastanın kendi kaderini kendisinin tayin etmesi konusunda yardımcı olmak, Hastayı en üst düzeyde iyileştirme haline getirmede destek olmak, Kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikolojik ve sosyal sorunları konusunda yaşanan çatışmalarda arabuluculuk görevini üstlenmek, Hasta olan kişinin savunuculuğunu yapmak şeklinde özetleyebiliriz (113,114).



3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden olan korelasyonel araştırma olarak tasarlanmıştır. Korelasyonel araştırmalar, iki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkinin, herhangi bir biçimde bu değişkenlere müdahale edilmeden incelendiği araştırmalardır. Korelasyonel araştırmalar, değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde, ilişki düzeylerinin belirlenmesinde etkili ve bu ilişkilerle ilgili daha üst düzey araştırmaların yapılması için gerekli verileri ortaya koyan önemli araştırmalardır (115). Araştırma verileri SPSS paket programı yardımıyla, betimsel istatistikler tanımlandıktan sonra, bağımsız ölçümlerde kullanılan ve gruplar arası karşılaştırma yapma olanağı sunan bağımsız örneklem için T testi, One-Way Anova teknikleri kullanılarak analiz edilecektir. Anova testinde farklılık olması durumunda çoklu karşılaştırma için Tukey test tekniği kullanılmıştır. Ayrıca Cronbach's alfa katsayısının 0-1 arasında değiştiği, değerlendirme kriterlerine göre “0.00 < 0.40 ise ölçek güvenilir değil, 0.40 < 0.60 ise ölçek düşük güvenilirlikte, 0.60 < 0.80 ise ölçek oldukça güvenilir ve 0.80 < 1.00 ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçek” olarak değerlendirildiği ifade edilmektedir (116).

3.2. Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu

Araştırma evrenini, Ankara ilinde iki özel diyaliz merkezi ve bir üniversite hastanesinin diyaliz üniteleri oluşturmaktadır. Araştırmanın çalışma grubunu ise, seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden olan amaçsal örnekleme ile belirlenmiş 200 diyaliz hastası oluşturmaktadır. Amaçsal örnekleme yöntemi çalışmanın amacına bağlı olarak bilgi açısından zengin durumların seçilip derinlemesine araştırma yapılmasına olanak sağlamaktadır (115).

3.3. Verilerin Toplanması

Araştırma, Ankara’da bulunan iki özel diyaliz merkezi ve Hacettepe Üniversitesi Hastanesi diyaliz ünitesinde 2017 Nisan ve Ağustos ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Özel Ankara Eylül Diyaliz Merkezinden 100 hasta, Özel Ankara

Umut Diyaliz Merkezinden 70 hasta, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Diyaliz Ünitesinden 30 hasta araştırmaya katılmıştır. Katılımcılarla, sözlü görüşmeler yapılarak veriler toplanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak diyaliz hastası olan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesine yönelik ek-1’de yer alan “kişisel bilgi formu” ve diyaliz hastası olan bireylerin aile işlevlerinin incelenmesi için ek-2’de yer alan Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) kullanılmıştır. Ayrıca kişisel bilgi formunda sosyoekonomik (haneye giren aylık gelir) durum sorusunda 1300TL asgari ücretin baz alınması, kişisel bilgi formunun hazırlandığı yılı göstermektedir. 01.01.2016–31.12.2016 döneminde asgari ücret 1.300.99 TL olarak belirlenmiştir (117). Aile değerlendirme ölçeği (ADÖ), Amerika Birleşik Devletlerinde bulunan Brown Üniversitesi ve Buttler Hastanesi işbirliği ile geliştirilmiştir. Bu ölçek, ailenin fonksiyonlarının hangi konularda yerine getirilip getirilmediğini konu alan bir ölçme aracıdır.

Aile değerlendirme ölçeği, asıl adı McMaster Aile İşlevleri modelinin klinik odaklı aileler üzerine uygulanması neticesinde oluşturulmuştur. Bu bağlamda aile değerlendirme ölçeği 7 alt ölçekten oluşmaktadır.

Anket 60 sorudan oluşmuş olup 7 alt ölçeği bulunmaktadır. Soruların bazıları sağlıklı işlevleri tanımlarken, bazıları ise sağlıklı işlevleri tanımlamaktadır. Alt ölçeklere değinecek olursak bunlar; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve son olarak da genel fonksiyonlardan oluşmaktadır.

Problem çözme alt ölçeği ailenin etkili bir biçimde işlevini yerine getirebilme düzeyinde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme yetisi şeklinde açıklanmakta olup, sorunun meydana gelmesinden çözümlenmesine kadar olan kısmı kapsar. Problem çözme alt ölçeği, aile değerlendirme ölçeğinin 2, 12, 24, 38, 50, 60 numaralı soruları ile belirlenmektedir. İletişim alt ölçeği, ailenin etkili bir iletişime sahip olup olmadığını ölçmektedir. Bu boyut, aile fertleri arasında sözel iletişimin kapsamının açık olup olmadığı ayrıca aile fertlerinin söylemek istediklerini dolaylı olarak ifade

edip edememeleri üzerinde durmaktadır. İletişim alt ölçeği, aile değerlendirme ölçeğinin 3, 14, 18, 22, 29, 35, 43, 52 ve 59 numaralı sorularla belirlenmektedir. Ailede maddi ve manevi gereksinimleri karşılayan davranış kalıpları olarak adlandırılan roller alt ölçeği; ailenin kaynaklarının kullanımı, bakıp büyütmeye, destekleme, kişisel gelişim sağlama ve aile sistemini idare etme gibi davranış kalıpları üzerine odaklanmıştır. Ayrıca bu boyut görevlerin belirgin ve eşit olarak üyelere dağılımıyla birlikte görevlerin aile üyeleri tarafından yerine getirilip getirilemeyeceğini de kapsamaktadır. Roller alt ölçeği, aile değerlendirme ölçeğinin 4, 8, 10, 15, 23, 30, 34, 40, 45, 53, 58 numaralı sorularıyla belirlenmektedir. Duygusal tepki verebilme, aile üyelerinin her türlü uyaran karşısında en uygun tepkiyi vermesi anlamına gelmekle birlikte; sevgi, mutluluk, neşe gibi güzel duyguların yanında kızgınlık, üzüntü, korku gibi acil durumları da barındırmaktadır. Yani bu işlevi yerine getirebilen bir ailede aile üyeleri her çeşit duygularını sözle ya da hareketle ifade edebilirler. Duygusal tepki verebilme alt ölçeği, aile değerlendirme ölçeğinin 9, 19, 28, 39, 49 ve 59 numaralı sorularla belirlenmektedir. Gereken ilgiyi gösterme, aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi içerir. Aile üyelerinin birbirlerine fazla bağımlı olduğunu gösteren çok ilgilenme iken; az ilgilenme ise birbirlerine daha az sevgi gösterdiklerinin göstergesi olarak görülmektedir. Gereken ilgiyi gösterme alt boyutu, aile değerlendirme ölçeğinin 5, 13, 25, 33, 37, 42 ve 54 numaralı sorularıyla belirlenmektedir. Davranış kontrolü, ailenin aile üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimi olmakla birlikte bu boyutta psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir. Buna ilaveten kontrolün esnek, katı, düzensiz ya da serbest oluşu bu alt ölçekte incelenmektedir. Bu boyut 7, 17, 20, 27, 32, 44, 47, 48, 55 numaralı sorularla belirlenmektedir. Genel fonksiyonlar altı boyutu kapsayacak şekilde bilgi toplamayı amaçlar. 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56 numaralı sorularla belirlenmektedir.

Sorular 4 seçenekten oluşmuş olup; aynen katılıyorum seçeneği 1 puan, büyük ölçüde katılıyorum seçeneği 2 puan, biraz katılıyorum seçeneği 3 puan, hiç katılmıyorum seçeneği 4 puan olarak belirlenmiştir. Yani seçeneklere 1'den 4'e kadar puan verilmektedir. Soruların bazıları ters olup, puanlaması da ters olacaktır. Ölçeğin değerlendirilmesinde, sağlıklı ifadeleri gösteren sorulara verilen puanlar 5'ten çıkarılır ve böylece 1 puan sağlıklı, 4 puan ise sağlıklı cevap göstermektedir.

Aile değerlendirme ölçeğinin değerlendirilmesi, işlemler tamamlandıktan sonra her birey için bir boyuttan alınan toplam puanın, o boyuttaki soru sayısına bölünerek, ortalama puanın elde edilmesiyle olmaktadır.

1983 yılında Epstein ve Bishop işbirliği ile ölçeğin geçerlilik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenirlik çalışması ise Bulut tarafından 1990 yılında ortaya konmuştur (26). Ölçeğin güvenirliği iç tutarlık ve puan değişmezliği bakımından incelenmiş olup, iç tutarlılık ile ilgili analiz 67 denegın Aile Değerlendirme Ölçeğine verdikleri yanıtlar üzerinden her bir grup için Cronbach alfa kat sayıları hesaplanmıştır. Aşağıdaki tabloda Cronbach alfa kat sayıları gösterilmektedir (26).

Tablo 3.1. ADÖ'nün İçtutarlılığına İlişkin Cronbach alfa Katsayıları ve Puan Değişmezliğine İlişkin Test-Tekrar Test Korelasyonları.

Alt Ölçekler	Cronbach alfa (n=67)	Test- Tekrar Test (n=51)
PRÇ.	0.80**	0.90**
İLT	0.71**	0.84**
ROL	0.42**	0.82**
DTV	0.59**	0.78**
GiG	0.38*	0.62**
DVK	0.52**	0.80**
GNF	0.86**	0.89**

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Ankara'da bulunan iki özel diyaliz merkezi ve bir üniversite hastanesinin diyaliz ünitelerinde gerçekleştirilmiştir. Ankara ilinde bulunan üç diyaliz merkezi ile sınırlandırılmasının sebebi; daha farklı diyaliz merkezlerine ulaşılması noktasında izinle ilgili sıkıntıların yaşanmasıdır. Bununla birlikte araştırma, kişisel bilgi formunda bulunan yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik durum gibi sorularla sınırlandırılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma bulguları, araştırmanın amaçları doğrultusunda aşağıda sunulmuştur.

4.1. Diyaliz Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri İle İlgili Bulgular

Bu kısımda, araştırmaya katılan diyaliz hastalarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Kişisel Bilgiler.

		N	%
Cinsiyet	Kadın	94	47,0
	Erkek	106	53,0
Yaş	45 yaş ve altı	52	26,1
	46-60 yaş	89	44,7
	61 yaş ve üstü	58	29,1
Medeni Durum	Evli	147	73,5
	Bekar	53	26,5
Çocuk Sayısı	Çocuğum yok	6	3,5
	1,0	14	8,2
	2,0	59	34,5
	3,0	38	22,2
	4,0	33	19,3
	5,0	11	6,4
	6,0	5	2,9
	7,0	3	1,8
	8,0	2	1,2
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	15	7,5
	İlkokul	61	30,5
	Ortaokul	41	20,5
	Lise	66	33,0
	Üniversite	17	8,5
İkamet edilen il	Ankara	189	95,9
	Ankara dışı	8	4,1
İş Bilgileri	Çalışıyor	26	13,3
	Çalışmıyor	103	52,6
	Emekli	67	34,2

Tablo 4.1. Kişisel Bilgiler (devam).

		N	%
Sosyoekonomik Durum	1300 TL altı	59	29,5
	1300-2000 TL	98	49,0
	2001-3000 TL	33	16,5
	3000 TL üzeri	10	5,0
Kaç yıldır kronik böbrek hastalığına sahipsiniz?	1-5 yıl	78	39,0
	5-10 yıl	72	36,0
	10 yıl ve üzeri	50	25,0
Böbrek hastalığının dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip misiniz?	Evet	70	35,0
	Hayır	130	65,0
Hastalığınızdan dolayı herhangi bir sosyal hizmet kurumundan yararlandınız mı?	Hastanelerin sosyal hizmet birimleri (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog gibi)	18	9,0
	Sosyal Hizmet İl Müdürlükleri	21	10,6
	Diğer	43	21,6
	Hiç yararlanmadım	117	58,8
Aynı evi paylaştığınız aile üyelerinde kronik hastalık var mı?	Evet	26	13,0
	Hayır	174	87,0

Katılımcıların %53,0 erkek (106 kişi), %47,0'ı (94 kişi) kadındır. 45 yaş ve altı %26,1 (52 kişi), 46-60 yaş arası %44,7 (89 kişi), 61 yaş ve üstü %29,1 (58 kişi); evli %73,5 (147 kişi), bekar olanlar %26,5 (53 kişi); çocuk sahibi olmayanlar %3,5 (6 kişi), 1 çocuk sahibi %8,2 (14 kişi), 2 çocuk sahibi %34,5 (59 kişi), 3 çocuk sahibi %22,2 (38 kişi), 4 çocuk sahibi %19,3 (33 kişi), 5 çocuk sahibi %6,4 (11 kişi), 6 çocuk sahibi %2,9 (5 kişi), 7 çocuk sahibi %1,8 (3 kişi), 8 çocuk sahibi %1,2 (2 kişi); okuryazar olmayanlar %7,5 (15 kişi), ilkökul mezunu %30,5 (61 kişi), ortaokul mezunu %20,5 (41 kişi), lise mezunu %33,0 (66 kişi), üniversite mezunu %8,5 (17 kişi); Ankara'da ikamet etmekte olan %95,9 (189 kişi), Ankara dışında ikamet eden %4,1 (8 kişi); çalışanlar %13,3 (26 kişi), çalışmayanlar %52,6 (103 kişi), emekliler ise %34,2 (67 kişi); geliri 1300 TL altı %29,5 (59 kişi), 1300-2000 TL aralığında %49,0 (98 kişi), 2001-3000 TL %16,5 (33 kişi), 3000 TL ve üzeri ise %5,0 (10 kişi)'dir.

Katılımcılardan; 1-5 yıldır kronik böbrek hastalığına sahip olanların oranı %39,0 (78 kişi); 5-10 yıldır olanların oranı %36,0 (72 kişi); 10 yıl ve üzeri süredir olanların oranı %25,0 (50 kişi); böbrek hastalığının dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olanların oranı %35,0 (70 kişi), böbrek hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olmayanların oranı %65 (130 kişi); hastalığından dolayı hastanelerin sosyal hizmet birimlerinden yararlananların oranı %9,0 (18 kişi); Sosyal Hizmet İl Müdürlüklerinden yararlananların oranı %10,6 (21 kişi); diğer kurumlardan yararlananların oranı %21,6 (43 kişi); hiç yararlanmayanların oranı %58,8 (117 kişi); aynı evi paylaştığı aile üyelerinde kronik hastalık bulunanların oranı %13,0 (26 kişi) iken; aynı evi paylaştığı aile üyelerinde kronik hastalık bulunmayanların oranı %87,0 (174 kişi)'dir.

4.2. Diyaliz Hastalarının ADÖ İle İlgili Bulguları

Bu bölümde araştırmaya katılan diyaliz hastalarının, aile değerlendirme ölçeğinin alt boyutları kapsamında aldıkları en yüksek ve en düşük puanlar başlıklar halinde tablolarda gösterilmektedir.

Tablo 4.2. Puanların Betimsel İstatistikleri (Cronbach's Alpha).

Boyut	Cronbach's Alpha	Soru Sayısı
Problem Çözme	,687	6
İletişim	,637	9
Roller	,679	11
Duygusal Tepki Verebilme	,766	6
Gereken İlgiyi Gösterme	,643	7
Davranış Kontrolü	,646	9
Genel İşlevler	,699	12

Katılımcıların Problem Çözme boyutu güvenirlik katsayısı 0,687'dir. Buna göre Problem Çözme boyutu oldukça güvenilirdir.

Katılımcıların İletişim boyutu güvenirlik katsayısı 0,637'dir. Buna göre İletişim boyutu oldukça güvenilirdir.

Katılımcıların Roller boyutu güvenilirlik katsayısı 0,679'dur. Buna göre Roller boyutu oldukça güvenilirlerdir.

Katılımcıların Duygusal Tepki Verebilme boyutu güvenilirlik katsayısı 0,766'dır. Buna göre Duygusal Tepki Verebilme boyutu oldukça güvenilirlerdir.

Katılımcıların Gereken İlgiyi Gösterme boyutu güvenilirlik katsayısı 0,643'tür. Buna göre Gereken İlgiyi Gösterme boyutu oldukça güvenilirlerdir.

Katılımcıların Davranış Kontrolü boyutu güvenilirlik katsayısı 0,646'dır. Buna göre Davranış Kontrolü boyutu oldukça güvenilirlerdir.

Katılımcıların Genel İşlevler boyutu güvenilirlik katsayısı 0,699'dur. Buna göre Genel İşlevler boyutu oldukça güvenilirlerdir.

Tablo 4.3. Puanların Betimsel İstatistikleri.

	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss
Problem Çözme	200	1,00	2,50	1,44	0,36
İletişim	200	1,00	2,89	1,45	0,32
Roller	200	1,36	3,09	2,01	0,29
Duygusal Tepki Verebilme	200	1,00	2,83	1,57	0,43
Gereken İlgiyi Gösterme	200	1,57	2,86	2,12	0,27
Davranış Kontrolü	200	1,33	3,11	1,91	0,36
Genel İşlevler	200	1,00	3,08	1,47	0,34

Katılımcıların Problem Çözme puanları ortalaması $1,44 \pm 0,36$; İletişim puanları ortalaması $1,45 \pm 0,32$; Roller puanları ortalaması $2,01 \pm 0,29$; Duygusal Tepki Verebilme puanları ortalaması $1,57 \pm 0,43$; Gereken İlgiyi Gösterme puanları ortalaması $2,12 \pm 0,27$; Davranış Kontrolü puanları ortalaması $1,91 \pm 0,36$; Genel İşlevler puanları ortalaması $1,47 \pm 0,34$ 'tür. Araştırma sonucunda, alt boyutlardan roller ve gereken ilgiyi gösterme puanları yüksek bulunmuş olup; aile işlevlerinde sorun olduğunu göstermektedir.

4.2.1. ADÖ Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4. Puanların Cinsiyet Açısından İncelenmesi (T Testi).

Cinsiyet		n	Ortalama	ss	t	P
Problem Çözme	Kadın	94	1,48	0,38	1,487	,139
	Erkek	106	1,41	0,35		
İletişim	Kadın	94	1,48	0,32	1,093	,276
	Erkek	106	1,43	0,33		
Roller	Kadın	94	2,03	0,26	0,851	,396
	Erkek	106	2,00	0,31		
Duygusal Tepki Verebilme	Kadın	94	1,56	0,44	-0,325	,746
	Erkek	106	1,58	0,43		
Gereken İlgiyi Gösterme	Kadın	94	2,09	0,26	-1,346	,180
	Erkek	106	2,15	0,28		
Davranış Kontrolü	Kadın	94	1,94	0,38	1,438	,152
	Erkek	106	1,87	0,34		
Genel İşlevler	Kadın	94	1,48	0,38	0,588	,557
	Erkek	106	1,46	0,29		

Kadın ile erkekler arasında Problem Çözme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$t(198)=1,487$; $p>0,05$).

Kadın ile erkekler arasında İletişim puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$t(198)=1,093$; $p>0,05$].

Kadın ile erkekler arasında Roller puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$t(198)=0,851$; $p>0,05$].

Kadın ile erkekler arasında Duygusal Tepki Verebilme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$t(198)=-0,325$; $p>0,05$].

Kadın ile erkekler arasında Gereken İlgiyi Gösterme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$t(198)=-1,346$; $p>0,05$].

Kadın ile erkekler arasında Davranış Kontrolü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$t(198)=1,438$; $p>0,05$).

Kadın ile erkekler arasında Genel İşlevler puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$t(198)=0,588$; $p>0,05$].

4.2.2. ADÖ Alt Boyutlarının Yaşa Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.5. Puanların Yaş Açısından İncelenmesi (ANOVA).

Yaş		n	Ortalama	ss	F	P
Problem Çözme	45 yaş ve altı	52	1,46	0,36	,263	,769
	46-60 yaş	89	1,45	0,39		
	61 yaş ve üstü	58	1,41	0,34		
İletişim	45 yaş ve altı	52	1,45	0,32	,357	,700
	46-60 yaş	89	1,47	0,32		
	61 yaş ve üstü	58	1,43	0,34		
Roller	45 yaş ve altı	52	2,01	0,28	,827	,439
	46-60 yaş	89	1,99	0,30		
	61 yaş ve üstü	58	2,05	0,26		
Duygusal Tepki Verebilme	45 yaş ve altı	52	1,61	0,46	,258	,773
	46-60 yaş	89	1,56	0,41		
	61 yaş ve üstü	58	1,55	0,44		
Gereken İlgiyi Gösterme	45 yaş ve altı	52	2,09	0,26	1,628	,199
	46-60 yaş	89	2,11	0,26		
	61 yaş ve üstü	58	2,17	0,29		
Davranış Kontrolü	45 yaş ve altı	52	1,94	0,38	2,200	,114
	46-60 yaş	89	1,84	0,33		
	61 yaş ve üstü	58	1,96	0,36		
Genel İşlevler	45 yaş ve altı	52	1,44	0,32	1,496	,227
	46-60 yaş	89	1,44	0,30		
	61 yaş ve üstü	58	1,53	0,39		

Farklı yaş grupları arasında Problem Çözme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(2,196)=0,263$; $p>0,05$].

Farklı yaş grupları arasında İletişim puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(2,196)=0,357$; $p>0,05$].

Farklı yaş grupları arasında Roller puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(2,196)=0,827$; $p>0,05$).

Farklı yaş grupları arasında Duygusal Tepki Verebilme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(2,196)=0,258$; $p>0,05$).

Farklı yaş grupları arasında Gereken İlgiyi Gösterme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(2,196)=1,628$; $p>0,05$).

Farklı yaş grupları arasında Davranış Kontrolü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(2,196)=2,200$; $p>0,05$).

Farklı yaş grupları arasında Genel İşlevler puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(2,196)=1,496$; $p>0,05$).

4.2.3. ADÖ Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.6. Puanların Medeni Durum Açısından İncelenmesi (T Testi).

Medeni Durum		n	Ortalama	ss	t	P
Problem Çözme	Evli	147	1,45	0,37	,252	,801
	Bekar	53	1,43	0,35		
İletişim	Evli	147	1,44	0,32	-,811	,419
	Bekar	53	1,48	0,34		
Roller	Evli	147	1,99	0,29	-2,144	,033
	Bekar	53	2,08	0,27		
Duygusal Tepki Verebilme	Evli	147	1,53	0,40	-2,025	,044
	Bekar	53	1,67	0,51		
Gereken İlgiyi Gösterme	Evli	147	2,11	0,26	-,929	,354
	Bekar	53	2,15	0,30		
Davranış Kontrolü	Evli	147	1,88	0,34	-1,786	,076
	Bekar	53	1,98	0,40		
Genel İşlevler	Evli	147	1,46	0,31	-,762	,447
	Bekar	53	1,50	0,39		

Evli ile bekar olanlar arasında Problem Çözme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$t(198)=0,252$; $p>0,05$].

Evli ile bekar olanlar arasında İletişim puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$t(198)=-0,811$; $p>0,05$].

Evli ile bekar olanlar arasında Roller puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Bekar olanların, evlilere göre Roller puanı ortalamaları daha yüksektir [$t(198)=-2,144$; $p<0,05$].

Evli ile bekar olanlar arasında Duygusal Tepki Verebilme puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(198)=-2,025$; $p<0,05$]. Bekar olanların, evlilere göre Duygusal Tepki Verebilme puanı ortalamaları daha yüksektir. Roller ve duygusal tepki verebilme alt boyutlarının evlilere göre yüksek çıkması aile işlevlerinde olumsuzluğa işaret etmektedir.

Evli ile bekar olanlar arasında Gereken İlgiyi Gösterme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$t(198)=-0,929$; $p>0,05$].

Evli ile bekar olanlar arasında Davranış Kontrolü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$t(198)=-1,786$; $p>0,05$].

Evli ile bekar olanlar arasında Genel İşlevler puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$t(198)=-0,762$; $p>0,05$].

4.2.4. ADÖ Alt Boyutlarının Çocuk Sayısına Göre Farklılaşmasına ilişkin Bulgular

Tablo 4.7. Puanların Çocuk Sayısı Açısından İncelenmesi (ANOVA).

Çocuk Sayısı	n	Ortalama	ss	F	P	İkili Fark
Problem Çözme	Çocuğum yok	6	1,36	0,25	1,004	,417
	1 çocuk	14	1,39	0,31		
	2 çocuk	59	1,38	0,35		
	3 çocuk	38	1,41	0,33		
	4 çocuk	33	1,53	0,36		
	5 ve üstü çocuk	21	1,51	0,40		
İletişim	Çocuğum yok	6	1,37	0,23	0,716	,612
	1 çocuk	14	1,39	0,13		
	2 çocuk	59	1,43	0,29		
	3 çocuk	38	1,42	0,37		
	4 çocuk	33	1,53	0,29		
	5 ve üstü çocuk	21	1,48	0,43		
Roller	Çocuğum yok	6	2,00	0,34	2,679	,023
	1 çocuk	14	1,87	0,28		
	2 çocuk	59	1,96	0,25		
	3 çocuk	38	2,04	0,33		
	4 çocuk	33	2,00	0,28		
	5 ve üstü çocuk	21	2,18	0,26		
Duygusal Tepki Verebilme	Çocuğum yok	6	1,44	0,40	1,605	,161
	1 çocuk	14	1,32	0,27		
	2 çocuk	59	1,52	0,36		
	3 çocuk	38	1,54	0,39		
	4 çocuk	33	1,64	0,44		
	5 ve üstü çocuk	21	1,64	0,54		
Gereken İlgiyi Gösterme	Çocuğum yok	6	2,14	0,20	0,928	,464
	1 çocuk	14	2,03	0,17		
	2 çocuk	59	2,16	0,26		
	3 çocuk	38	2,07	0,28		
	4 çocuk	33	2,12	0,32		
	5 ve üstü çocuk	21	2,14	0,22		

Tablo 4.7. Puanların Çocuk Sayısı Açısından İncelenmesi (ANOVA) (devamı).

Davranış Kontrolü	Çocuğum yok	6	1,93	0,25	2,065	,072	
	1 çocuk	14	1,73	0,28			
	2 çocuk	59	1,83	0,32			
	3 çocuk	38	1,93	0,34			
	4 çocuk	33	1,89	0,35			
	5 ve üstü çocuk	21	2,06	0,42			
Genel İşlevler	Çocuğum yok	6	1,35	0,12	3,854	,002	2-5 2-6 3-6
	1 çocuk	14	1,28	0,21			
	2 çocuk	59	1,40	0,26			
	3 çocuk	38	1,43	0,25			
	4 çocuk	33	1,57	0,40			
	5 ve üstü çocuk	21	1,65	0,46			

Çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında Problem Çözme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(5,165)=1,004$; $p>0,05$).

Çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında İletişim puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(5,165)=0,716$; $p>0,05$].

Çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında Roller puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır [$F(5,165)=2,679$; $p<0,05$]. 5 ve daha fazla çocuğu olanların Roller puanı ortalamaları en yüksek iken, 1 çocuğu olanlarda en düşüktür. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre 5 ve daha fazla çocuğu olanların Roller puanı ortalamaları, 1 ile 2 çocuğu olanların ortalamalarına göre daha yüksektir ($p<0,05$).

Çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında Duygusal Tepki Verebilme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(5,165)=1,605$; $p>0,05$].

Çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında Gereken İlgiyi Gösterme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(5,165)=0,928$; $p>0,05$].

Çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında Davranış Kontrolü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(5,165)=2,065$; $p>0,05$).

Çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında Genel İşlevler puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Beş ve daha fazla çocuğu olanların Genel İşlevler puanı ortalamaları en yüksek iken, 1 çocuğu olanlarda en düşüktür. Çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında roller ve genel işlevler puanlarının yüksek çıkması; çocuk sayısı fazla olan ailelerin işlevlerinde olumsuzluğa işaret ederken, çocuk sayısı az olan ailelerde ise bunun tam tersi olduğunu göstermektedir. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre 5 ve daha fazla çocuğu olanların Genel İşlevler puanı ortalamaları 1 ile 2 çocuğu olanların ortalamalarına göre, 4 çocuğu olanların ortalamaları 1 çocuğu olanların ortalamalarına göre daha yüksektir [$F(5,165)=3,854$; $p<0,05$].

Kronik böbrek hastalığına sahip olma süresi farklı olan gruplar arasında Problem Çözme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(2,197)=2,272$; $p>0,05$].

Kronik böbrek hastalığına sahip olma süresi farklı olan gruplar arasında İletişim puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(2,197)=1,343$; $p>0,05$].

4.2.5. ADÖ Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.8. Puanların Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi (ANOVA).

Eğitim Durumu	n	Ortalama	ss	F	P	İkili fark
Problem Çözme	Okuryazar	15	1,78	0,39	4,594	1-2
	Değil					
	İlkokul	61	1,48	0,38		1-3
	Ortaokul	41	1,38	0,32		
	Lise	66	1,40	0,34		1-4
	Üniversite	17	1,31	0,33		1-5

Tablo 4.8. Puanların Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi (ANOVA) (devamı).

İletişim	Okuryazar	15	1,56	0,44	0,912	,458	
	Değil						
	İlkokul	61	1,47	0,33			
	Ortaokul	41	1,46	0,28			
	Lise	66	1,43	0,30			
	Üniversite	17	1,36	0,40			
Roller	Okuryazar	15	2,09	0,28	3,588	,008	1-5
	Değil						
	İlkokul	61	2,06	0,26			
	Ortaokul	41	2,01	0,29			2-5
	Lise	66	2,01	0,29			4-5
	Üniversite	17	1,79	0,21			
Duygusal Tepki Verebilme	Okuryazar	15	1,70	0,58	1,468	,213	
	Değil						
	İlkokul	61	1,63	0,41			
	Ortaokul	41	1,56	0,42			
	Lise	66	1,54	0,41			
	Üniversite	17	1,39	0,43			
Gereken İlgiyi Gösterme	Okuryazar	15	2,11	0,24	0,389	,816	
	Değil						
	İlkokul	61	2,13	0,30			
	Ortaokul	41	2,09	0,24			
	Lise	66	2,14	0,26			
	Üniversite	17	2,08	0,30			
Davranış Kontrolü	Okuryazar	15	2,17	0,44	4,935	,001	1-4
	Değil						
	İlkokul	61	1,98	0,32			
	Ortaokul	41	1,89	0,39			
	Lise	66	1,84	0,34			2-5
	Üniversite	17	1,70	0,27			
Genel İşlevler	Okuryazar	15	1,60	0,46	2,371	,054	
	Değil						
	İlkokul	61	1,50	0,33			
	Ortaokul	41	1,48	0,36			
	Lise	66	1,46	0,29			
	Üniversite	17	1,26	0,25			

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Problem Çözme puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Okuryazar olmayanların Problem Çözme puanı ortalamaları en yüksek iken,

üniversite mezunu olanlarda en düşüktür. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre okuryazar olmayanların Problem Çözme puanı ortalamaları ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olanların ortalamalarına göre daha yüksektir [$F(4,195)=4,594$; $p<0,05$).

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında İletişim puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(4,195)=0,912$; $p>0,05$).

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Roller puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Okuryazar olmayanların Roller puanı ortalamaları en yüksek iken, üniversite mezunu olanlarda en düşüktür. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre üniversite mezunu olanların Roller puanı ortalamaları okuma yazma bilmeyen, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanların ortalamalarına göre daha düşüktür [$F(4,195)=3,588$; $p<0,05$).

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Duygusal Tepki Verebilme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(4,195)=1,468$; $p>0,05$).

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Gereken İlgiyi Gösterme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(4,195)=0,389$; $p>0,05$).

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Davranış Kontrolü puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Okuryazar olmayanların Davranış Kontrolü puanı ortalamaları en yüksek iken, üniversite mezunu olanlarda en düşüktür. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre üniversite mezunu olanların Davranış Kontrolü puanı ortalamaları okuma yazma bilmeyen ya da ilkokul mezunu olanların ortalamalarına göre, lise mezunu olanların ortalamaları okuma yazma bilmeyenlerin ortalamalarına göre daha düşüktür [$F(4,195)=4,935$; $p<0,05$).

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Genel İşlevler puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(4,195)=2,371$; $p>0,05$).

Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında problem çözme, roller ve davranış kontrolü puan ortalamalarının, okuryazar olmayanlarda yüksek çıkmış olması bu işlevlerde olumsuz durumu göz önüne sermektedir.

4.2.6. ADÖ Alt Boyutlarının İş Bilgilerine Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.9. Puanların Çalışma Durumu (İş Bilgileri) Açısından İncelenmesi (ANOVA).

İş Bilgileri		n	Ortalama	ss	F	P	İkili Fark
Problem Çözme	Çalışıyor	26	1,37	0,38	,674	,511	
	Çalışmıyor	103	1,46	0,36			
	Emekli	67	1,44	0,37			
İletişim	Çalışıyor	26	1,35	0,28	1,784	,171	
	Çalışmıyor	103	1,48	0,32			
	Emekli	67	1,45	0,35			
Roller	Çalışıyor	26	1,93	0,31	1,481	,230	
	Çalışmıyor	103	2,04	0,26			
	Emekli	67	2,00	0,31			
Duygusal Tepki Verebilme	Çalışıyor	26	1,53	0,42	,108	,897	
	Çalışmıyor	103	1,58	0,45			
	Emekli	67	1,57	0,41			
Gereken İlgiyi Gösterme	Çalışıyor	26	2,13	0,26	,017	,983	
	Çalışmıyor	103	2,13	0,27			
	Emekli	67	2,12	0,27			
Davranış Kontrolü	Çalışıyor	26	1,74	0,31	5,978	,003	1-2
	Çalışmıyor	103	1,98	0,36			
	Emekli	67	1,85	0,36			
Genel İşlevler	Çalışıyor	26	1,34	0,27	2,051	,131	
	Çalışmıyor	103	1,49	0,37			
	Emekli	67	1,48	0,30			

Çalışma durumu farklı olan gruplar arasında İletişim puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(2,193)=1,784$; $p>0,05$).

Çalışma durumu farklı olan gruplar arasında Roller puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(2,193)=1,481$; $p>0,05$).

Çalışma durumu farklı olan gruplar arasında Duygusal Tepki Verebilme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [F(2,193)=0,108; p>0,05).

Çalışma durumu farklı olan gruplar arasında Gereken İlgiyi Gösterme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [F(2,193)=0,017; p>0,05).

Çalışma durumu farklı olan gruplar arasında Davranış Kontrolü puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Çalışmayanların Davranış Kontrolü puanı ortalamaları en yüksek iken, çalışanlarda en düşüktür. Çalışmayan kişilerin davranış kontrol puanının yüksek çıkmış olması, bu kişilerin, bu alt boyutta problem yaşadığını ortaya koymaktadır. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre çalışmayanların Davranış Kontrolü puanı ortalamaları çalışanların ortalamalarına göre daha yüksektir [F(2,193)=5,978; p<0,05).

Çalışma durumu farklı olan gruplar arasında Genel İşlevler puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [F(2,193)=2,051; p>0,05).

4.2.7. ADÖ Alt Boyutlarının Haneye Giren Aylık Gelire Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.10. Puanların Haneye Giren Aylık Gelir (Sosyoekonomik Durum) Açısından İncelenmesi (ANOVA).

Haneye giren aylık gelir	n	Ortalama	ss	F	P	İkili Fark
Problem Çözme	1300 TL altı	59	1,50	0,40	1,141	,334
	1300-2000 TL	98	1,43	0,34		
	2001-3000 TL	33	1,40	0,35		
	3000 TL üzeri	10	1,30	0,38		
İletişim	1300 TL altı	59	1,45	0,28	1,241	,296
	1300-2000 TL	98	1,46	0,34		
	2001-3000 TL	33	1,50	0,36		
	3000 TL üzeri	10	1,28	0,23		

Tablo 4.10. Puanların Haneye Giren Aylık Gelir (Sosyoekonomik Durum) Açısından İncelenmesi (ANOVA) (devam).

Roller	1300 TL altı	59	1,98	0,26	3,729	,012	2-4 3-4
	1300-2000 TL	98	2,04	0,28			
	2001-3000 TL	33	2,07	0,32			
	3000 TL üzeri	10	1,76	0,23			
Duygusal Tepki Verebilme	1300 TL altı	59	1,53	0,40	2,188	,091	
	1300-2000 TL	98	1,60	0,47			
	2001-3000 TL	33	1,65	0,40			
	3000 TL üzeri	10	1,28	0,21			
Gereken İlgiyi Gösterme	1300 TL altı	59	2,15	0,25	2,052	,108	
	1300-2000 TL	98	2,11	0,28			
	2001-3000 TL	33	2,17	0,28			
	3000 TL üzeri	10	1,94	0,17			
Davranış Kontrolü	1300 TL altı	59	1,96	0,33	2,994	,032	1-4
	1300-2000 TL	98	1,90	0,39			
	2001-3000 TL	33	1,90	0,33			
	3000 TL üzeri	10	1,60	0,19			
Genel İşlevler	1300 TL altı	59	1,41	0,31	4,911	,003	2-4 3-4
	1300-2000 TL	98	1,51	0,36			
	2001-3000 TL	33	1,56	0,28			
	3000 TL üzeri	10	1,16	0,19			

Katılımcılar haneye giren aylık gelir açısından gruplandırıldıklarında; farklı olan gruplar arasında Problem Çözme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(3,196)= 1,141$; $p>0,05$).

Haneye giren aylık gelirden; İletişim puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(3,196)=1,241$; $p>0,05$].

Haneye giren aylık gelirden; Roller puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Geliri 2001-3000 TL arası olanların Roller puanı ortalamaları en yüksek iken, 3000 TL üzeri olanlarda en düşüktür. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre geliri 3000 TL üzeri olanların Roller puanı ortalamaları, 2001-3000 TL ve 1300-2000 TL arası olanların ortalamalarına göre daha düşüktür [$F(3,196)=3,729$; $p<0,05$].

Haneye giren aylık gelirden; Duygusal Tepki Verebilme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(3,196)=2,188$; $p>0,05$].

Haneye giren aylık gelirden; Gereken İlgiyi Gösterme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$F(3,196)=2,052$; $p>0,05$).

Haneye giren aylık gelirden; Davranış Kontrolü puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Geliri 1300 TL altında olanların Davranış Kontrolü puanı ortalamaları en yüksek iken, 3000 TL üzeri olanlarda en düşüktür. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre geliri 3000 TL üzeri olanların Davranış Kontrolü puanı ortalamaları, 1300 TL ve altı olanların ortalamalarına göre daha düşüktür [$F(3,196)=2,994$; $p<0,05$].

Haneye giren aylık gelirden; Genel İşlevler puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Geliri 2001-3000 TL arası olanların Genel İşlevler puanı ortalamaları en yüksek iken, 3000 TL üzeri olanlarda en düşüktür. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre geliri 3000 TL üzeri olanların Genel İşlevler puanı ortalamaları 2001-3000 TL ve 1300-2000 TL arası olanların ortalamalarına göre daha düşüktür [$F(3,196)=4,911$; $p>0,05$].

Haneye giren aylık geliri düşük olan grupların roller, davranış kontrolü ve genel işlevler puanlarının yüksek çıkmış olması aile işlevselliğinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir.

4.2.8. ADÖ Alt Boyutlarının Kronik Böbrek Hastalığına Sahip Olma Süresine Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.11. Puanların Kronik Böbrek Hastalığına Sahip Olma Süresi Açısından İncelenmesi (ANOVA).

Kaç yıldır kronik böbrek hastalığına sahipsiniz?	n	Ortalama	ss	F	P
1-5 yıl	78	1,39	0,38	1,272	,283
Problem Çözme 5-10 yıl	72	1,48	0,35		
10 yıl ve üzeri	50	1,46	0,35		
1-5 yıl	78	1,45	0,30	1,343	,264
İletişim 5-10 yıl	72	1,41	0,29		
10 yıl ve üzeri	50	1,51	0,39		

Tablo 4.11. Puanların Kronik Böbrek Hastalığına Sahip Olma Süresi Açısından İncelenmesi (ANOVA) (devam).

Roller	1-5 yıl	78	2,00	0,33	0,577	,562
	5-10 yıl	72	2,04	0,25		
	10 yıl ve üzeri	50	1,99	0,26		
Duygusal Tepki Verebilme	1-5 yıl	78	1,57	0,49	0,174	,841
	5-10 yıl	72	1,55	0,38		
	10 yıl ve üzeri	50	1,60	0,41		
Gereken İlgiyi Gösterme	1-5 yıl	78	2,10	0,30	1,582	,208
	5-10 yıl	72	2,10	0,25		
	10 yıl ve üzeri	50	2,18	0,24		
Davranış Kontrolü	1-5 yıl	78	1,90	0,39	1,894	,153
	5-10 yıl	72	1,85	0,29		
	10 yıl ve üzeri	50	1,98	0,39		
Genel İşlevler	1-5 yıl	78	1,48	0,36	1,152	,318
	5-10 yıl	72	1,43	0,27		
	10 yıl ve üzeri	50	1,52	0,37		

Kronik böbrek hastalığına sahip olma süresi farklı olan gruplar arasında Roller puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [F (2,197)=0,577; $p>0,05$).

Kronik böbrek hastalığına sahip olma süresi farklı olan gruplar arasında Duygusal Tepki Verebilme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [F (2,197)=0,174; $p>0,05$).

Kronik böbrek hastalığına sahip olma süresi farklı olan gruplar arasında Gereken İlgiyi Gösterme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [F (2,197)=1,582; $p>0,05$).

Kronik böbrek hastalığına sahip olma süresi farklı olan gruplar arasında Davranış Kontrolü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [F (2,197)=1,894; $p>0,05$).

Kronik böbrek hastalığına sahip olma süresi farklı olan gruplar arasında Genel İşlevler puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [F (2,197)=1,152; $p>0,05$).

4.2.9. ADÖ Alt Boyutlarının Böbrek Hastalığı Dışında Herhangi Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.12. Puanların Böbrek Hastalığı Dışında Herhangi Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu Açısından İncelenmesi (T Testi).

Böbrek hastalığının dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip misiniz?		n	Ortalama	ss	t	P
Problem Çözme	Evet	70	1,53	0,40	2,647	,009
	Hayır	130	1,39	0,34		
İletişim	Evet	70	1,52	0,40	2,229	,027
	Hayır	130	1,42	0,27		
Roller	Evet	70	2,00	0,29	-0,368	,713
	Hayır	130	2,02	0,28		
Duygusal Tepki Verebilme	Evet	70	1,64	0,45	1,682	,094
	Hayır	130	1,53	0,42		
Gereken İlgiyi Gösterme	Evet	70	2,11	0,28	-0,274	,784
	Hayır	130	2,13	0,27		
Davranış Kontrolü	Evet	70	1,96	0,40	1,625	,106
	Hayır	130	1,88	0,33		
Genel İşlevler	Evet	70	1,57	0,41	3,349	,001
	Hayır	130	1,41	0,27		

Böbrek hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu farklı olan gruplar arasında Problem Çözme puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(198)=2,647$; $p<0,05$]. Başka kronik hastalığı olanların, olmayanlara göre Problem Çözme puanı ortalamaları daha yüksektir.

Böbrek hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu farklı olan gruplar arasında İletişim puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(198)=2,229$; $p<0,05$]. Başka kronik hastalığı olanların, olmayanlara göre İletişim puanı ortalamaları daha yüksektir.

Böbrek hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu farklı olan gruplar arasında Roller puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$t(198)=-0,368$; $p>0,05$].

Böbrek hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu farklı olan gruplar arasında Duygusal Tepki Verebilme puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [t (198)=1,682; p>0,05).

Böbrek hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu farklı olan gruplar arasında Gereken İlgiyi Gösterme puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [t (198)=-0,274; p>0,05).

Böbrek hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu farklı olan gruplar arasında Davranış Kontrolü puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [t (198)=1,625; p>0,05).

Böbrek hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu farklı olan gruplar arasında Genel İşlevler puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır [t (198)=3,349; p<0,05). Başka kronik hastalığı olanların, olmayanlara göre Genel İşlevler puanı ortalamaları daha yüksektir.

Böbrek hastalığı dışında başka bir kronik hastalığa sahip olma bakımından; olanların olmayanlara göre problem çözme, iletişim, genel işlevler alt boyutlarında problem yaşadığını göstermektedir.

4.2.10. ADÖ Alt Boyutlarının Hastalığından Dolayı Herhangi Bir Sosyal Hizmet Kurumundan Yararlanma Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.13. Puanların Hastalığından Dolayı Herhangi Bir Sosyal Hizmet Kurumundan Yararlanma Durumu Açısından İncelenmesi (ANOVA).

Hastalığınızdan dolayı herhangi bir sosyal hizmet kurumundan yararlandınız mı?	n	Ortalama	ss	F	P
Hastanelerin sosyal hizmet birimleri (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog gibi)	18	1,41	0,26		
Problem Çözme Sosyal Hizmet İl Müdürlükleri	21	1,34	0,24	,720	,541
Diğer	43	1,46	0,41		
Hiç yararlanmadım	117	1,46	0,38		

Tablo 4.13. Puanların Hastalığından Dolayı Herhangi Bir Sosyal Hizmet Kurumundan Yararlanma Durumu Açısından İncelenmesi (ANOVA) (devam).

İletişim	Hastanelerin sosyal hizmet birimleri (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog gibi)	18	1,57	0,34	2,162	,094
	Sosyal Hizmet İl Müdürlükleri	21	1,42	0,30		
	Diğer	43	1,37	0,29		
	Hiç yararlanmadım	117	1,48	0,33		
Roller	Hastanelerin sosyal hizmet birimleri (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog gibi)	18	1,96	0,32	,533	,660
	Sosyal Hizmet İl Müdürlükleri	21	2,02	0,28		
	Diğer	43	2,05	0,25		
	Hiç yararlanmadım	117	2,00	0,29		
Duygusal Tepki Verebilme	Hastanelerin sosyal hizmet birimleri (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog gibi)	18	1,55	0,51	,163	,921
	Sosyal Hizmet İl Müdürlükleri	21	1,53	0,49		
	Diğer	43	1,60	0,35		
	Hiç yararlanmadım	117	1,57	0,44		
Gereken İlgiyi Gösterme	Hastanelerin sosyal hizmet birimleri (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog gibi)	18	2,00	0,24	1,950	,123
	Sosyal Hizmet İl Müdürlükleri	21	2,06	0,25		
	Diğer	43	2,14	0,25		
	Hiç yararlanmadım	117	2,14	0,28		
Davranış Kontrolü	Hastanelerin sosyal hizmet birimleri (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog gibi)	18	1,93	0,39	,332	,802
	Sosyal Hizmet İl Müdürlükleri	21	1,84	0,39		
	Diğer	43	1,93	0,34		
	Hiç yararlanmadım	117	1,91	0,36		
Genel İşlevler	Hastanelerin sosyal hizmet birimleri (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog gibi)	18	1,55	0,37	1,813	,146
	Sosyal Hizmet İl Müdürlükleri	21	1,40	0,23		
	Diğer	43	1,39	0,24		
	Hiç yararlanmadım	117	1,50	0,37		

Hastalığından dolayı herhangi bir sosyal hizmet kurumundan yararlanma durumu farklı olan gruplar arasında Problem Çözme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [F (3,195)=0,720; $p>0,05$).

Hastalığından dolayı herhangi bir sosyal hizmet kurumundan yararlanma durumu farklı olan gruplar arasında İletişim puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [F (3,195)=2,162; $p>0,05$).

Hastalığından dolayı herhangi bir sosyal hizmet kurumundan yararlanma durumu farklı olan gruplar arasında Roller puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [F (3,195)=0,533; $p>0,05$).

Hastalığından dolayı herhangi bir sosyal hizmet kurumundan yararlanma durumu farklı olan gruplar arasında Duygusal Tepki Verebilme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [F (3,195)=0,163; $p>0,05$).

Hastalığından dolayı herhangi bir sosyal hizmet kurumundan yararlanma durumu farklı olan gruplar arasında Gereken İlgiyi Gösterme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [F (3,195)=1,950; $p>0,05$).

Hastalığından dolayı herhangi bir sosyal hizmet kurumundan yararlanma durumu farklı olan gruplar arasında Davranış Kontrolü puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [F (3,195)=0,332; $p>0,05$).

Hastalığından dolayı herhangi bir sosyal hizmet kurumundan yararlanma durumu farklı olan gruplar arasında Genel İşlevler puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [F (3,195)=1,813; $p>0,05$).

4.2.11. ADÖ Alt Boyutlarının Aile Üyelerinde Kronik Hastalık Bulunmasına Göre Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.14. Puanların Aile Üyelerinde Kronik Hastalık Bulunma Açısından İncelenmesi (T Testi).

Aynı evi paylaştığınız aile üyelerinde kronik hastalık var mı?		n	Ortalama	ss	t	P
Problem Çözme	Evet	26	1,65	0,47	3,152	,002
	Hayır	174	1,41	0,34		
İletişim	Evet	26	1,64	0,41	3,243	,001
	Hayır	174	1,43	0,30		
Roller	Evet	26	2,08	0,28	1,233	,219
	Hayır	174	2,00	0,29		
Duygusal Tepki Verebilme	Evet	26	1,68	0,56	1,379	,169
	Hayır	174	1,55	0,41		
Gereken İlgiyi Gösterme	Evet	26	2,13	0,27	0,100	,920
	Hayır	174	2,12	0,27		
Davranış Kontrolü	Evet	26	2,07	0,51	2,496	,013
	Hayır	174	1,88	0,33		
Genel İşlevler	Evet	26	1,68	0,40	3,600	,000
	Hayır	174	1,44	0,31		

Aile üyelerinde kronik hastalık bulunma durumu farklı olan gruplar arasında Problem Çözme puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(198)=3,152$; $p<0,05$]. Aile üyelerinde kronik hastalık olanların, olmayanlara göre Problem Çözme puanı ortalamaları daha yüksektir.

Aile üyelerinde kronik hastalık bulunma durumu farklı olan gruplar arasında İletişim puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(198)=3,243$; $p<0,05$]. Aile üyelerinde kronik hastalık olanların, olmayanlara göre İletişim puanı ortalamaları daha yüksektir.

Aile üyelerinde kronik hastalık bulunma durumu farklı olan gruplar arasında Roller puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$t(198)=1,233$; $p>0,05$].

Aile üyelerinde kronik hastalık bulunma durumu farklı olan gruplar arasında Duygusal Tepki Verebilme puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$t(198)=1,379$; $p>0,05$].

Aile üyelerinde kronik hastalık bulunma durumu farklı olan gruplar arasında Gereken İlgiyi Gösterme puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır [$t(198)=0,100$; $p>0,05$].

Aile üyelerinde kronik hastalık bulunma durumu farklı olan gruplar arasında Davranış Kontrolü puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(198)=2,496$; $p<0,05$]. Aile üyelerinde kronik hastalık olanların olmayanlara göre Davranış Kontrolü puanı ortalamaları daha yüksektir.

Aile üyelerinde kronik hastalık bulunma durumu farklı olan gruplar arasında Genel İşlevler puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır [$t(198)=3,600$; $p<0,05$]. Aile üyelerinde kronik hastalık olanların, olmayanlara göre Genel İşlevler puanı ortalamaları daha yüksektir.

Aile üyelerinde kronik hastalık olanların olmayanlara göre problem çözme, iletişim, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarında problem yaşadığı görülmektedir; puanların yüksek çıkmış olması olumsuzluğa işaret etmektedir.

5. TARTIŞMA

5.1. Diyaliz Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan 200 diyaliz hastasının %73.5’u evlidir. Medeni durum açısından bakıldığında evli olmak, sosyal destek açısından olumlu bir etki yaratmaktadır (118). Araştırmada evli olan hastaların sayısının yüksek çıkması yaşla ilgili olduğu görülmektedir. Araştırmada 200 diyaliz hastasından %53’ü erkek olup, %47’si kadındır. Diyaliz hastalarının cinsiyet açısından yapılan çalışmalarda, Kuzeyli ve arkadaşları ile Uzun ve arkadaşları erkek hastaların sayısını yüksek bulurken, Koçer ve arkadaşları kadın hastaların sayısını yüksek bulmuşlardır (119,120). Küntüz, 250 diyaliz hastasıyla yaptığı çalışmasında hastaların çoğunluğunun erkek olduğu sonucuna ulaşmıştır (121). Kaymak ise, 115 diyaliz hastasıyla yaptığı çalışmasında, hastaların çoğunluğunun erkek olduğu sonucuna ulaşmıştır (122). Araştırmanın sonuçları, erkek hasta sayısının yüksek bulunduğu çalışmaların sonuçları ile örtüşmektedir. Araştırmada hastalar yaş açısından incelendiğinde, %44.7 oranında 46-60 yaş arası olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tucker ve arkadaşları yaptığı çalışmada diyaliz hastalarının ortalama yaşını 50 olarak bulmuştur (123). Araştırma sonuçlarına benzer şekilde Küçük, diyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmasında 152 diyaliz hastasından, %40.1’inin 41-60 yaş arasında olduğu sonucuna ulaşmıştır (124).

Hastaların eğitim durumu ele alındığında, çalışmada diyaliz hastalarının %33’ü lise mezunudur. Bu konu ile ilgili daha önce yapılmış çalışmalarda diyaliz hastalarının eğitim durumu açısından ilk sırada ilkokul mezunu olma düzeyi yüksek çıkmıştır (125,126).

Araştırmada hastalar meslek açısından incelendiğinde, hastaların %52.6’sının çalışmadığı sonucuna varılmıştır. Yapılan çalışmalarda, diyaliz hastalarının büyük çoğunluğunun çalışmadığı bildirilmiştir (127,128). Çalışma grubundaki diyaliz hastalarının büyük çoğunluğunun çalışmıyor olmasını, böbrek yetmezliğinin kronik bir hastalık olması ve bu bağlamda diyaliz tedavisinin uzun sürece yayılması işgücüne katılmayı olumsuz olarak etkilemesine bağlayabiliriz. Bedensel yıkımın

daha fazla olduğu kronik hastalıklarda iş gücü kaybının daha fazla olması nedeniyle, bu hasta gruplarında yapılan araştırmalarda depresyon oranlarının oldukça yükseldiği saptanmıştır (129). Ayrıca, Öngider (1997) kronik hastalığa sahip bireylerle yaptığı çalışmasında, ev hanımı olan hastaların daha fazla umutsuzluk yaşadığını ortaya koymuştur (130). Buradan yola çıkarak, kronik hastalıklarından dolayı iş gücü kaybı yaşayan bireylerde depresyon ve umutsuzluğun gelişmesi nedeniyle, bu bireylerin aile işlevlerinin bozulabileceğini söyleyebiliriz. Çalışmada, kronik böbrek hastalığına sahip bireylerdeki işsizlik oranının yüksek olması, aile işlevlerindeki bozulmaya katkı yapmış olabilir.

Araştırmada 200 diyaliz hastasından %39'u 1-5 yıl arası kronik böbrek hastalığına sahiptir. Sabuncu, diyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmasında, 110 diyaliz hastasında hastalığın başlangıcının %36.4 ile 1-4 yıl arasında hastalığa sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır (131). Bu oran literatürdeki kaynaklar ile paralellik göstermektedir.

Çalışmada haneye giren aylık gelir durumları açısından incelendiğinde %49'unun gelirinin 1300-2000TL arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumu, diyaliz tedavi sürecinin çalışma hayatını olumsuz etkileyerek, iş gücü kaybı nedeniyle sosyoekonomik anlamda kişiyi zayıflattığı şeklinde açıklayabiliriz. Biçer ve arkadaşlarının diyaliz hastalarıyla yaptığı bir çalışmada, 56 diyaliz hastasından %78.6'sının gelir durumunun orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (132). Bülbül ise, diyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmasında 100 diyaliz hastasından %61'inin gelir durumunu orta düzeyde bulmuştur (133). Yaşam kalitesinin önemli unsurlarından biri sosyoekonomik düzeydir. Gelir durumu düşük olan bireylerin, depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, daha fazla kaza geçirdikleri ve daha fazla suç işlediğı bilinmektedir (134). Bu nedenle, ailelerin gelir durumu ile aile işlevselliğı arasında ilişki bulunduğu yorumu yapılabilir. Bu bağlamda, çalışmada kronik böbrek yetmezliğı olan hasta bireylerin gelir durumlarının orta ve alt düzeyde olması hastalığın çalışma koşullarını zorlaştırması ve işsizlik oranlarını arttırmasına neden olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmada, kronik böbrek yetmezliğı hastalığından dolayı herhangi bir sosyal hizmet kurumundan yararlanma durumunu incelediğimizde, sosyal hizmet kurumundan hiç yararlanmayanların oranı %58.8 olarak bulunmuştur. Sosyal destek

düzeyinin arttırılmasının sonucu olarak, aile işlevselliğinin alt boyutlarından biri olan problem çözme becerisinin artacağı bildirilmiştir. Sosyal destek verilen bireylerin probleme neden olan olaylar ile karşılaştıklarında daha olumlu düşündükleri, bu olaylar ile başa çıkabildikleri gösterilmiştir (135). Kronik böbrek yetmezliğine sahip hastalara verilen sosyal destek oranının arttırılması, bu bireylerin sahip olduğu ailelerdeki, aile işlevselliğinin arttırılmasına önemli bir katkı sağlayabilir.

5.2. Diyaliz Hastalarının ADÖ İle İlgili Bulgularının Tartışılması

Diyaliz hastalarının ADÖ alt boyutlarındaki toplam puanlarının yüksek çıkması aile işlevlerinin olumsuz etkilendiğini, düşük çıkması ise aile işlevlerinin sağlıklı olduğunu göstermektedir. Aile değerlendirme ölçeğinde 1'den 4'e kadar puanlama yapılmakla birlikte; 2.00 puan ve üzeri aile işlevselliğinde olumsuzluğa işaret ederken, 2.00 puan ve altı aile işlevselliğinin çok da olumsuz etkilendiğine işaret etmektedir.

Veriler sonucunda diyaliz hastalarının aile işlevlerinin etkilendiğini fakat bu olumsuz etkinin düşük düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. Bu ölçek kullanılarak diyaliz hastaları üzerinde yapılan bir çalışma bulunmamaktadır. Fakat diyaliz hastalarının yakınlarında yapılan çalışma verilerine benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmada kronik böbrek yetmezliği tanısı alan 118 hastanın aileleri değerlendirilmiştir (136). Çalışmanın verileri, bu araştırmanın verileriyle örtüşmektedir.

Literatürdeki bilgiler incelendiğinde, diyaliz hastalarında, ADÖ bulgularıyla ilgili olarak cinsiyetle ve yaşla ilgili anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Diyaliz hastalarında roller ve duygusal tepki açısından aile işlevselliğinin evli olma durumu ile anlamlı olarak olumlu yönde etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Sosyal destek mekanizmaları açısından evli olmak olumlu etkilere sahiptir. Bu olumlu etkilerden en önemlisi, evli olmanın aile içi sorumlulukların paylaşılmasını arttırmasıdır (118). Bununla birlikte, evlilerin stresi bekarlara göre daha iyi yönettikleri sonucuna ulaşılmıştır (137). Yapılan başka bir çalışmada, evli olanların yaşam kalitesinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (138). Evli olmanın, sorumlulukların paylaşılması ve stresi yönetme becerilerinin artışına aracılık

etmesinden dolayı, yaşam kalitesinin yüksek çıkmasına ve aile işlevlerine olumlu katkı yapacağı düşünülebilir. Bu bağlamda, çalışmada çıkan veriler, literatürdeki bilgileri destekler niteliktedir. Fakat yapılan bir çalışmada, araştırma verilerinin aksine evli olup diyalize giren hastaların %68'inin aile işlevlerinin bozulduğu saptanmıştır. Bunun nedeni olarak aile üyelerinin hastalık sonrasında yaşadıkları maddi ve manevi anlamda travmaların olduğu gösterilmiştir (139). Yine yapılan başka bir çalışmada evli olan diyaliz hastalarının %58.7'sinin aile işlevlerinin bozulduğu, 2/3'ünün eşlerinin hayatlarının (sosyal, psikolojik, iş) bu hastalık dolayısıyla fazlaca etkilendiğini ortaya koymuştur (140).

Çalışmada ailede çocuk sayısının fazla olması roller ve genel işlevler bakımından aile işlevlerini anlamlı olarak olumsuz etkilediği bulunmuştur. Artan çocuk sayısının yaşam kalitesini azalttığı gösterilmiştir. Buradan yola çıkarak azalan yaşam kalitesinin aile işlevlerini olumsuz etkilediğini söyleyebiliriz. Ancak diyaliz hastalarının yakınlarında yapılan bir çalışmada, ailedeki birey sayısındaki artışın aile işlevleri üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir (136). Ailedeki üyelerin artmasının aile işlevselliği üzerinde herhangi bir etki yapmaması, araştırmanın verileriyle çelişmektedir.

Çalışmanın verilerine göre, okuryazar olmayanların problem çözme, roller ve davranış kontrol puanları, daha yüksek bulunmuştur. Bir başka ifade ile okuryazar olmayanlar ile üniversite mezunlarının aile işlevleri karşılaştırıldığında, okuryazar olmayanların aile işlevlerinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Yine araştırma verilerine paralel olarak Aydemir ve arkadaşları (2002) yaptığı bir çalışmada eğitim seviyesi düşüklüğünün problem çözme becerileri ile anksiyete ve somatizasyon durumunun eğitim seviyesini olumsuz yönde etkileyerek aile işlevlerini bozduğunu göstermiştir (141). Mollaoğlu ve Bağ, diyaliz hastalarıyla yaptığı bir çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olanların, öz yeterlilik düzeyinin de yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Eğitim düzeyi ile bilgiye ulaşma arasında doğru bir orantı vardır. Yani, eğitim düzeyi ne kadar artarsa, bilgiye ulaşma da o kadar artar ve kolaylaşır. Eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte hastanın hastalığıyla başetme gücü de artacaktır (142). Ching ve arkadaşları, diyaliz hastalarında eğitim düzeyi arttıkça, global yaşam kalitesinin de arttığını ileri sürmüşlerdir (143). Eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte global yaşam kalitesinin de artması aile işlevlerine pozitif etki yapacağı hususunu

düşündürmektedir. Bu bağlamda, çalışmanın verileri ile literatürdeki bilgiler birbirine paralellik göstermektedir.

Araştırmanın sonuçlarını iş bilgisi açısından incelediğimizde, çalışmayanların davranış kontrolü puanının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu da aile işlevlerini olumsuz etkilemiştir. Yaşam kalitesi ile sosyoekonomik düzey arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır (144). Mollaoğlu ve Bağ, yaptığı çalışmada, çalışan diyaliz hastalarının öz yeterlilik durumunu yüksek bulmuştur (142). İşgücüne katılan hastaların öz yeterliliğinin yüksek olması, davranışlarına yansyıp aile işlevlerini olumlu etkileyeceğini düşündürebilir. Bundan dolayı, kronik böbrek yetmezliğine sahip hastaların iş hayatına kazandırılması için stratejilerin geliştirilmesi, bu hastaların aile işlevselliğine önemli bir oranda pozitif katkı sağlayabilir.

Sonuçlar haneye giren aylık gelir açısından incelendiğinde; haneye giren aylık gelirin az olduğu gruplarda; roller, davranış kontrolü ve genel işlevler ortalama puanlarının arttığı bir başka ifade ile aile işlevselliğinin olumsuz olduğu bulunmuştur. Sosyoekonomik durumdaki farklılıklar, toplumsal yaşamda bireyler için çok farklı sonuçlara neden olmaktadır. Gelir durumu düşük bireylerin daha fazla depresyona yakalandıkları bilinmektedir (134). Buradan yola çıkarak, gelir durumu düşük bireylerin aile işlevselliğinin bozulduğunu söyleyebiliriz. Gerçekten de, yapılan bir çalışmada ekonomik düzeyin azalmasının diyaliz hastalarında aile işlevlerini azalttığı bildirilmiştir (144). Bu bağlamda, çalışmamızın verileri, literatürdeki bilgileri destekler niteliktedir. Kronik böbrek yetmezliğine sahip olan hastalara verilen sosyal destek miktarının artırılması yardımıyla bu hastaların sosyoekonomik durumlarının iyileştirilmesi, aile işlevselliklerinin düzeltilmesine önemli bir katkı sağlayabilir.

Araştırmada kronik böbrek hastalığına sahip olma süresinin aile işlevlerini anlamlı olarak etkilemediği bulunmuştur. Bu konuyla bağlantılı olarak yapılan bir çalışmada, artan diyaliz süresinin davranış değişikliğine neden olduğu saptanmıştır (145).

Çalışmada böbrek hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olanların problem çözme, iletişim ve genel işlevler açısından aile işlevselliklerinin olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur. Kronik böbrek hastalığı dışında herhangi bir

hastalığa sahip olan bireylerde depresyon riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir (146). Bu durumdan yola çıkarak, ikinci bir hastalık depresyon ihtimalini arttırarak aile işlevselliğini olumsuz yönde etkiliyor olabilir. Böbrek hastalığı dışında farklı bir kronik hastalığa sahip bireylere sosyal destek kapsamında psikolojik destek verilerek, bu hastalara aile işlevselliği geri kazandırılabilir.

Araştırmada hastalığından dolayı herhangi bir sosyal hizmet kurumundan yararlananların aile işlevleri konusunda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun nedeni hastalara verilen sosyal desteğin yetersiz olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu nedenle verilen sosyal destekler tekrar ele alınarak hastalar için daha faydalı hale getirilebilir.

Çalışmada aile üyelerinde kronik hastalık bulunan diyaliz hastalarının, problem çözme, davranış kontrolü, iletişim ile genel işlevler puanlarının aile işlevselliklerini olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Diyaliz hastaları aile içindeki bireylere bakım yükü getirdiği için yaşanan süreçler hasta ve ailesini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesinin azaldığı ve tükenmişliğinin arttığı bildirilmiştir (127,147). Durum böyleyken bakım yüküne sahip olan bireylerin hastalanması, diyaliz hastasını ve aile üyelerini daha fazla olumsuz etkileyeceğinden dolayı aile işlevlerinin bozulmasına sebep olabilir. Bu nedenle, bu durumdaki ailelere verilen sosyal destek düzeyinin arttırılması aile işlevselliğinin bozulmasının önüne geçmeye katkı sağlayabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada diyaliz hastalarının aile işlevleri incelenmiş olup, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Medeni durum açısından, evli ile bekar olanlar arasında roller ve duygusal tepki verebilme puanlarında, evliler lehine anlamlı olarak farklılık saptanmıştır. Bu boyutlarda, evli olanların, aile işlevselliği olumlu yönde etkilenmiştir.
- Çocuk sayısı açısından, çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında roller ve genel işlevler puanlarında, çocuk sayısı az olanlar lehine, anlamlı olarak farklılık saptanmıştır. Bu boyutlarda, çocuk sayısı az olanların aile işlevselliği olumlu yönde etkilenmiştir.
- Eğitim durumu açısından, eğitim durumu farklı olan gruplar arasında problem çözme, roller ve davranış kontrolü puanlarında, üniversite mezunları lehine anlamlı olarak farklılık saptanmıştır. Bu boyutlarda, üniversite mezunlarının (eğitim durumu yükseldikçe) aile işlevselliği olumlu yönde etkilenmiştir.
- Çalışma durumu (iş bilgileri) açısından, çalışma durumu farklı olan gruplar arasında davranış kontrolü işlevinde, çalışanlar lehine anlamlı olarak farklılık saptanmıştır. Bu boyutlarda, çalışanların aile işlevselliği olumlu yönde etkilenmiştir.
- Haneye giren aylık geliri (sosyoekonomik durum) farklı olan gruplar arasında roller, davranış kontrolü ve genel işlevler puanlarında, sosyoekonomik durumu iyi olanlar lehine anlamlı olarak farklılık saptanmıştır. Bu boyutlarda, haneye giren aylık gelir miktarı ne kadar fazla olursa, aile işlevselliği o denli olumlu etkilenmiştir.
- Böbrek hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu açısından, problem çözme, iletişim ve genel işlevler puanlarında, başka bir kronik hastalığı olmayanlar lehine anlamlı olarak farklılık saptanmıştır. Bu

boyutlarda, böbrek hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığı olmayanların, aile işlevselliği olumlu yönde etkilenmiştir.

- Aile üyelerinde kronik hastalık bulunma durumu açısından, problem çözme, iletişim, davranış kontrolü ve genel işlevler puanlarında, üyelerde kronik hastalık bulunmayanların lehine anlamlı olarak farklılık saptanmıştır. Bu boyutlarda, aile üyelerinde kronik hastalığı olmayanların aile işlevselliği olumlu yönde etkilenmiştir.

Öneriler; Kronik hastalığa sahip olan bireyler toplumda dezavantajlı gruplar arasında sayılabilir. Kronik böbrek yetmezliği sonucunda hasta, saatler süren, haftanın belli günlerinde, belli merkezlerde diyalize girmek zorundadır. Diyaliz süreci, hem hastaya hem de aileye birçok yük getirmektedir. Çevresi içinde birey olarak değerlendirildiğinde hastayla birlikte ailesi de ele alınmalıdır. Hastanın yanısıra ailesi de hastalık konusunda bilgilendirilmeli ve bu doğrultuda hastaya ve ailesine eksik görülen noktalarda eğitici bilgiler verilmelidir. Sosyal hizmet meslek elemanları, hasta ve ailesine mevcut durumdaki kaynaklara, hizmetlere, haklarına ulaşmasında ve erişmesinde bilgi verip, destek olmalıdır. Mikro ve mezo düzeyde çalışmalar güçlendirilmelidir. Mikro düzeyde, hastanın ne hissettiği, hastalığı konusunda bilgi sahibi olup olmadığı, kaygıları, korkuları, tedavi sürecinde yaşadıkları olumsuzlukların en aza indirilmesi adına hastayla terapiler yapılmalıdır. Hasta bireyler kendini acınası, başkasına muhtaç olarak değil de daha işlevsel hissetmelidir. Mezo düzeyde, hasta bireyin çevresi ve etkileşim halinde olduğu kişilerle çalışmalar yapıp, bu çalışmalar güçlendirilmelidir. Bakım verenler ve sağlık ekibi ile iletişim mezo düzeyde önemlidir. Çalışmalar ne kadar çok güçlendirilip, hastalara ve etkileşim halinde olduğu çevresine ne kadar çok ulaşırsa, sorunların kaynağını belirleyip, yaşanan olumsuzlukları minimuma indirgeyebiliriz.

Tıbbi sosyal hizmetin odak noktalarına, aile danışmanlığı hizmetini de dahil etmeliyiz. Hastaları, aile danışmanlığı hizmeti konusunda bilinçlendirmeliyiz. Hastalıkla birlikte aile meydana gelen krizleri, sorunları, aile danışmanlığı kuramları ışığında, her bir kuramın ayrı uygulamalarını kullanarak ailede yaşanan sorunların üstesinden gelebiliriz. Bunlar sonucunda ailenin işlevselliğini daha sağlıklı hale getirebiliriz.

Diyaliz hastası olan bireyin işgücüne katılamaması da yaşanan olumsuzluklardan biridir. Hastanın ekonomik gücünün yetersiz olması sorunları beraberinde getirmektedir. Sorunları en aza indirebilmek için, diyaliz hastalarına belli bir miktarda devlet tarafından ekonomik destek sağlanmalıdır. Hastalara esnek çalışma saatlerinde işe gelebilme, evde çalışabilme imkanları tanınmalıdır. Haneye giren aylık gelir durumu ne kadar yüksek olursa; birey ve ailesi kendini daha güçlü hissedecek ve bu durumdan aile işlevleri olumlu anlamda etkilenecektir.

Sağlık kuruluşlarının en önemli parçasını oluşturan sosyal hizmet birimi, sağlık kuruluşlarının nesnesi değil öznesi konumunda olmalıdır. Gerek hastalara, gerekse hastaların ailelerine belirli aralıklarla terapiler yapılmalıdır. Hastalarla ve aileleriyle, aile işlevselliğini pozitif yönde etkilemesi adına grup çalışmaları yapılmalıdır. Hastaların hastalıkları konusunda herhangi bir sosyal hizmet kurumundan yararlanması adına hastalara gerekli bilgiler verilmeli ve hastalar bu doğrultuda yönlendirilmelidir. Tedavi gören hastalara, tedavi gördükleri kurumlarda ve taburcu olduklarında belirli zamanlarda evlerine gidilerek sosyal ziyaretler düzenlenmelidir. Bu durum hasta ve ailesini daha güçlü hissettirecektir.

Hastanın gerekli yerlerden yararlanması (sosyal hizmet il müdürlükleri, sağlık kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanları, psikolog, psikiyatri, aile danışmanlığı gibi) hastayı daha güçlü kılmakla birlikte, kişinin kendine olan saygısını da artıracaktır. Hasta birey, kendini ne kadar güçlü hissederse, sorunlarla başetme yeteneğini ne kadar iyi kullanırsa, kendisi ve çevresindeki insanlarla birlikte aile üyeleri de bu durumdan o denli olumlu etkilenecektir.

Araştırmacılar, diyaliz hastalarıyla yapılan çalışmaların eksik görüldüğü noktalarda, araştırmalar yapmalıdır. Örneğin; diyaliz hastalarının sosyal işlevselliği, yaşam doyumları, yaşam kaliteleri, mesleki doyumları gibi birçok noktada çalışmalar yapıp; eksik görülen noktalarda yeni politikalar geliştirilmelidir. Diyaliz hastalarıyla yapılan çalışmalar tek bir bölgeyle sınırlı kalmayıp, diğer bölgelerde de işlevsel hale getirilmelidir. Tüm bu gelişmeler yaşandığında hasta birey bu durumdan olumlu yönde etkilenecek ve bu da ailesine ve aile işlevleri pozitif yönde etki edecektir.

Tıbbi odaklı çalışan sosyal hizmet uzmanları, organ nakli konusunda toplumu bilgilendirip, bu konuda kampanyalar düzenleyip, toplumu organ nakli konusunda bilinçlendirmelidir.

Son olarak ülkemizde tıbbi sosyal hizmet uygulama alanları genişletilmelidir. Uygulamanın yalnızca hastanelerle sınırlı kalması doğru değildir. Tıbbi sosyal hizmet uygulama alanı ne kadar çok yaygınlaşırsa, topluma ve bununla birlikte aileye, aile işlevlerine o denli olumlu yansıyacaktır.



7. KAYNAKLAR

1. Bulut I. *Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı*, Ankara, Özgüneliş Mat. 1990.
2. Özabacı N, Erkan Z. *Aile Danışmanlığı Kuram ve Uygulamalara Genel Bir Bakış*, 2. Baskı, Ankara, Pegem Akademi, 2014.
3. Tolun B. *Geleneksel Aileden Çağdaş Aile Yapısına Doğru*, B. Dikeçligil - A. Çiğdem (Editörler). *Kültürel Değerler ve Sosyal Değişme*, Ankara, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınevi, 1990: 493-507.
4. Timur S. *Türkiye’de Aile Yapısı*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1972.
5. Foley V. *Family Therapy*, Corsini, R, & Wending, D. (Ed.). Current Psychotherapies. 4. Edition. Haca: F.F. Peacock, 1989.
6. Ward M. Family paradigm and older-child adoption: A proposal for matching parent strengths to children’s needs, *Family Relations*. July, 1997: vol.46.
7. Nazlı S. *Aile Danışmanlığı*, 12.Baskı, Anı Yayıncılık, Ankara, 2016.
8. Canatan K, Yıldırım E. *Aile Sosyolojisi*, 2. Baskı, İstanbul, Açılım Kitap, 2011.
9. Bayır ÖÖ. *Aile ve Çocukla Sosyal Hizmet*, 1. Baskı, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayını, 2016:11.
10. Sabatelli R, Bartle S. Survey approaches to the assessment of family functioning: Conceptual, operational and analytical issues, *Journal of Marriage and Family*. 1995, Vol.57.
11. Frude N. *Understanding Family Problems*. Chishester: John Wiley and sons, 1991.
12. Ludlow LH, Howard E. The family map: A graphical representation of family systems theory, *Educational and Psychological Measurement*. 1990, Summer, vol.50.
13. Allender JA, Spradley BW. *Community Health Nursing Concepts and Practice*, 5th edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

14. Connors JV. Systems theory and interpersonal relationships http://www.academia.edu/4130515/Systems_Theory_and_Interpersonal_Relationships erişim tarihi 02.12.2017
15. Gülerce A. *Türkiyede Ailelerin Psikolojik Örüntüleri*, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 1996.
16. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Fundamentals of Nursing. St.Louis, Mosby, 2012.
17. Stuart WG, Laraia MT. Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 7th edition. St.Louis, Mosby, 2004.
18. Yörükoğlu A. *Çocuk Ruh Sağlığı*, 19.Baskı. İstanbul, Özgür Yayıncılık, 1994.
19. Turner Ralph H, *The Family Socioloji* Ed.:Brown and Selznick, London, 1965.
20. Ergün M. *Eğitim ve Toplum, Eğitim Sosyolojisine Giriş*, Malatya, İnönü Üniversitesi Yayınları, 1987.
21. Ogburn WF. “*The Changing Functions of the Family*” *Selected Studies in Marriage and The Family*. USA, 1963: Rinehart and Winston Inc. Akt. Bulut *Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi*, Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları, Yayın No. 74, 1993, Ankara.
22. Özgüven İE. *Evlilik ve Aile Terapisi*, Ankara, PDREM (Psikolojik Danışma Rehberlik Eğitim Merkezi Yayını), 2000.
23. Ackerman N. *The Psychotherapies of Marital Disharmony*. The Free Press, 1967.
24. Nystul MS. *The Art and Science of Counselling and Psychotherapy*. New York, McMillan Publishing Company, 1993.
25. Wong DL, and Whaley LF. *Essentials of Pediatric Nursing, Mosby Year Book*, 5th Edition, St. Louis, 1993.
26. Bulut I. *Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi*, Ankara, TC Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları, 1993.
27. Geçtan E. *Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar*, 12. Baskı, Ankara, Maya Matbaacılık, 1982.

28. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), *Aile ve Tüketici Hizmetleri: Aile Yapısı*, Ankara, Milli Eğitim Bakanlığı, 2011.
29. Tuzcuoğlu N. *Aile Olmak: Anne Baba Olmanın Altın Kuralları*, 4. Baskı, İstanbul, Morpa Kültür Yayınları, 2007.
30. Satir V. *İnsan Yaratmak*, 1. Baskı, İstanbul, Beyaz Yayınları, 2001.
31. Yıldız TG. *Anne Baba Eğitimi*, 3. Baskı, Ankara, Pegem Akademi, 2014.
32. Akdemir A, İlgün E. Başlıca aile terapisi okulları, *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 2013, 6 (1), 10-20.
33. Güleç C. *Psikiyatrinin A-B-C'si*, 1. Baskı, İstanbul, Say Yayınları, 2006.
34. Goldenberg I, Goldenberg H. *Family Therapy*, Fourth Edition, Brooks/cole Pub. Com, 1996.
35. Fenell D, Weinhold B. *Counseling Families*. Colorado: Love Pub. Com, 1989.
36. Nichols M, Schwartz R. *Family Therapy*. Foreword by Salvador Minuchin, 4. Edition, Boston:Allyn and Bacon, 1998.
37. Gladding ST. *Family Therapy. History, Theory and Practice*. Second Edition, Merrill Prentice Hall, 1998.
38. Minuchin S, Lee WY, Simon GM. *Mastering Family Therapy*, 2th edition, New Jersey:John Willey&Sons Inc, 2006.
39. Minuchin S. *Constructing a Therapeutic Realty*, Brenson G, White H. (ED.). *Annual Review of Family Therapy*. New York: Human Science Press, 1981.
40. Barkers P. *Basic Family Therapy*. New York: Oxford University Press, 1992.
41. Gelder M. *Kognitif (Bilişsel) ve Davranışçı Terapiler*, Bloch S. (ED.) *Psikoterapilere Giriş*. İstanbul: Cerrahpaşa Yayın Birliği, 1969.
42. Gökler I. Sistem Yaklaşımı ve Sosyal Ekolojik Yaklaşım Çerçevesinde Oluşturulan Kavramsal Model Temelinde Kronik Hastalığı Olan Çocuklar ve Ailelerinde Psikolojik Uyumun Yordanması, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2008.
43. Rolland JS. *Chronic Illness and The Life Cycle: A conceptual framework*. Family Process, 1987.

44. Rolland, JS. Parental illness and disability: A family systems framework. *Journal of Family Therapy*, 1999.
45. Tanık N. Multipl Skleroz'da Depresyon ve Hastalık Parametreleri ile İlişkisi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi, 2006.
46. Öztürk S. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastaların Kendini Algılama Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2014.
47. Hishida A. Diagnosis and treatment of kidney failure. *Nippon Naika Gakkai Zasshi*. 2002, 91: 127-31
48. Yıldırım A, Ogutmen B, Bektas G, İşçi E, Mete M, Tolgay HI. Translation, cultural adaptation, initial reliability and validation of the kidney disease and quality of life-short form (KDQOL-SF 1.3) in Turkey. *In Transplantation Proceedings*, February, 2007, 39 (1): 51-54.
49. Erbay E., Zengin O., Yıldırım B., Yıldırım T., Abudalal A. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının kaygı düzeyleri ve başetme tutumları, Hacettepe Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı Örneği, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2016, 25 (1):95-99.
50. Brenner BM (editor). *The Kidney*, 5th ed. WB Saunders, Philadelphia. 1996.
51. Akpolat T, Utaş C. *Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı*, Güzel Sanatlar Matbaası, 2001, s:29-33.
52. Küçük L. Diyaliz Hastalarına Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Anksiyete, Depresyon ve Başetme Biçimlerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.
53. Hishida A. Diagnosis and treatment of kidney failure. *Nippon Naika Gakkai Zasshi*. 2002, 91: 127-31.

54. Lazarus JM, Brenner BM. Chronic Renal Failure. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL (editors), (1998); Harrison's Principles of Internal Medicine. 14th edition. The McGraw-Hill Companies, Inc USA. (1998); pp:1513-20.
55. Öksüz E, Malhan S. *Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi-Kalitemetri*. Başkent Üniversitesi, Ankara, 2005.
56. Tanrıverdi MH. Kronik böbrek yetmezliği, *Konuralp Tıp Dergisi*, 2010 (2), 27-32.
57. <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/61a60d6e4a9b41a6bc2a84935d7b24b2.pdf>
Erişim Tarihi 14.12.2016
58. Meclis Babayiğit D. Diyaliz Hastalarının Yakınlarında Bakım Verme Yüğü ile Bunun Hastalardaki Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri ile İlişkisi, Uzmanlık tezi, İstanbul: Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2009.
59. Beyazıt A.N. Periton Diyalizi Yapan Hastalarımızın Sosyodemografik Özellikleri ve Periton Diyalizinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2009.
60. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Böbrek transplantasyonu ve psikiyatri, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2003, 6 (4), 225-234.
61. Nissenson AR, Fine RN. *Dialysis Therapy*, 2nd ed. California, 1993.
62. Değirmenci Saltürk A. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin diyaliz yeterliliği ile ilişkisi. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. Dahiliye Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
63. Alpaslan E. *Renal Replasman Tedavileri*, Dolar E. (ed), İç Hastalıkları, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2005: 311
64. Zawata ET. *Indications For Dialysis. Handbook for Dialysis*. Daugirdas JT., Ing TS. (eds), Little, Brown And Company, Boston, 2003:3-9
65. Birol L, Akdemir N, Bedük T. *İç Hastalıkları Hemşireliği*, Ankara, Vehbi Koç Yayınları, 1997: 459

66. Koşar A, Biricik SS. *Dahiliye*, İstanbul, Kelebek Matbaacılık, 2006: 419
67. Baktıroğlu G. Hemodiyalize Giren ve Girmeyen Kronik Böbrek Hastalarının Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2010.
68. Karakoç A. Hemşirelik Hizmetlerinin Hemodiyaliz Hastalarının Doyumu Üzerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2001.
69. Sullivan MF. The dialysis patient and attitudes towards work. *Psychiatr Med*, 1973, 4:213-219
70. Cimilli C. Hemodiyalizin psikiyatrik yönleri, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 1994, 12 (1), 88-92
71. Özkan S. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul, Roche, 1993: 83-291.
72. Yılmaz Karabulutlu E, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011, 14 (4): 25-31.
73. Yetişkin Ş. Hemodiyaliz Hastalarının Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Tıpta Uzmanlık tezi, İstanbul: 2008.
74. Mutlu E. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2007.
75. Göker C. Hemodiyaliz Hastaları ve Eşlerinde Psikiyatrik Morbidite ve Yaşam Kalitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2008.
76. Sarı Ö. Sosyal boyutlarıyla kronik böbrek yetmezliği (KBY), Bitlis Eren Üniversitesi, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2015, 4.2.
77. Okyayuz HÜ. Ölüm ve ölümcül hastalık, *Kriz Dergisi*; 1995:3 (1-2):167-171.

78. Pak MD. Kronik hastalıklar ve tıbbi sosyal hizmet uygulamaları, Editörler: Özden SA, Özcan E. *Tıbbi Sosyal Hizmet*, 1.Baskı, Ankara, Nobel Yayıncılık, 2017:194-195
79. Fazlıoğlu K, Hocaoglu Ç, Sönmez FM. (2011). Çocukluk Çağı Epilepsisinin Aileye Etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2 (2).190-205.
80. Polat Ü. İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri, *Türk Onkoloji Dergisi*; 2011; 26 (4):193-198.
81. Robinson J, Fortinsky R, Kleppinger A, Shugrue N, Porter M. (2009). A Broader View Of Family Caregiving: Effects Of Caregiving and Caregiver Conditions On Depressive Symptoms, Health, Work and Social Isolation. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64 (6), 788-798.
82. Aras A, Tel H. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi, *Türk Toraks Dergisi* 2009; 10 (2), 63-68.
83. Yılmaz M. Kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hasta ve ailesinin hastalıkla başetmesinde hemşirenin rolü, *Çınar Dergisi*, 2002; 8 (2):29.
84. Babacan Gümüş A, Hemodiyaliz hastasının yakını olmak: nitel bir çalışma örneği, III. Uluslararası ve VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Ankara, 2014, *Bildiri Kitabı*: 209-210.
85. Topbaş E, Bingöl G. Psikososyal boyutu ile diyaliz tedavisi ve uyum sürecine yönelik hemşirelik girişimleri, *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği, Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2017;1 (12)
86. Spinale J, Cohen JD, Khetpal P, Peterson AR, Clougherty B, et al., Spirituality, social support, and survival in hemodialysis patients, *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 2008;3 (6): 1620 –1627.
87. Tomanbay, İ. (1999). *Sosyal Çalışma Sözlüğü*. Ankara: Selvi Yayınevi.
88. Öntaş Ö. *Prof. Dr. Sema Kut'a Armağan Yaşam Boyu Sosyal Hizmet*, Nesrin G. Koşar, Veli Duyan (Ed.), *sosyal hizmet mesleğinde sosyal destek kavramı* (s.146-151). Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, 1999.

89. Şahin D. *Sosyal Destek ve Sağlık. Sağlık Psikolojisi*, Ed: Ülgen H. Okyayuz, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No:19, 79-106, 1999.
90. Erdeğer N. Lise Öğrencilerinin Sosyal Destek ve Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışma Bilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2001.
91. Uzman E. Sosyal Destek Düzeyleri Farklı Üniversite Öğrencilerinin Bazı Değişkenlere Göre Kimlik Statüleri, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2002.
92. Işıkhani V. *Türkiye’de Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Sorunları*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2005.
93. Ostergren PO, Hanson BS, Isacson SO, Tejler L. Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in an emergency department. A case control study. *Social Science Medicine*, 1991, 33 (3), 2, 257-267.
94. Connett DF. Clarification of social support, *Journal of Nursing Scholarship*, 2005,37 (1), 4-9.
95. Fusilier R, Ganster C, Mayes TB. Effects of social support, role stress and locus of control on health, *Journal of Management*, 1987, 13 (3), 517-528.
96. Carlson, DS, Perrewe PL. The role of social support in the stressorstrain relationship: An examination of work-family conflict, *Journal of Management*, 1999, 25 (4), 513-540.
97. Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S, Gençöz T. İntihar girişiminde depresyon ve kaygı belirtileri ile problem çözme becerileri ve algılanan sosyal desteğin önemi, *Türk Psikoloji Dergisi*, 2003, 18 (52), 1-11.
98. Eker D, Akkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12 (1), 17-25.
99. Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve yaşam doyumu. (Ed. Sedat Özkan) *Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi psikiyatrik tıp 2002-2004*. 2005, İstanbul.

100. Keçecioğlu NB, Özcan E, Yılmaz H, Sezer MT, Eryılmaz M, Ersoy FF. ve diğerleri. Hemodiyaliz tedavisi gören hastalar ve bu hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması, *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 1995, 4 (3), 172-176.
101. Süleymanoğlu Y. Düzenli Olarak Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaları ile Düzensiz Olarak Acilden Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının ve Normal Populasyonun Depresyon ve Sosyal Destek Açısından Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2003.
102. Astan G. Effects Of Social Support and Locus Of Control On Depressive and Anxiety Symptoms Of Dialysis Patients, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans tezi, Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi, 2001.
103. Friedlander WA. *Sosyal Refah Hizmetine Başlangıç* (çev. Taşcıoğlu R.) SSYB, 2. Baskı, Ankara, Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü Yayınları, Şenyuva Matbaası, Sayı:44:415, 1966.
104. Ali M, Rafi S. Medical Social Work In Pakistan: A multi-model approach to collaborative practice in health care settings. *Academic research international*, 2013: (4):355.
105. Kline GM. Social service in the state hospital. *Proceedings of American Medico-Psychological Association*, 1916: 72,503-517.
106. Gehlert S. *The Conceptual Underpinnings of Social Work In Health Care*. Gehlert S. and Brown TA. (ed.) *Handbook of Health Social Work*. Wiley: Canada, 2006.
107. Beder J. *Hospital Social Work: The Interface of Medicine and Caring*. New York: Routledge, 2006.
108. Çakmaklı K. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Bütünleşmesinde Tıbbi Sosyal Hizmetin Önemi, Tıp Fakültesi, Tıp Bilimleri Doktora tezi, İstanbul:İstanbul Üniversitesi, 1976.

109. Duyan V. *Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut*. Ankara, H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu, 1996a
110. Tomanbay İ. *Ana Çocuk Sağlığında Sosyal Boyut*, 1. Baskı, Ankara, Doruk Yayınları, 1992.
111. Barker RL. *The Social Work Dictionary*, 4th ed. Washington, DC: Nasw Press, 1999.
112. CNSW: *Standards of Practice for Nephrology Social Work* (5th ed).New York: National Kidney Foundation, 2003;7-9
113. McKinley M, Callahan MB. Utilizing the case management skills of the nephrology social worker in a managed care environment. *Journal of Nephrology Social Work*, 1998;18:32-36
114. Merighi JR, Ehlebracht K. Workplace resources, patient caseloads, and job satisfaction of renal social workers in the United States. *Nephrology News & Issues* 2004;18:58-68
115. Büyüköztürk Ş, K Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, 21.Baskı. Ankara, Pegem Akademi, 2016.
116. Tavşancıl E. *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*, 5. Baskı, Ankara, Nobel Yayınları, 2014.
117. <https://www.kamupersoneli.net/ekonomi/asgari-ucet-ne-kadar-asgari-ucet-2016-hesabi-net-brut-fiyatlari-h6540.html> Erişim Tarihi: 18.05.2018
118. Ören B. Acil olarak diyalize alınan hastaların demografik özellikleri ve prognozları, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, Ağustos-Kasım 2004,1 (1):s:28-31.
119. Kuzeyli Y, Fadıloğlu Ç, Durmaz A, ve ark. Diyaliz hastalarında uyku kalitesiyle yaşam kalitesi arasındaki ilişki, Ege Üniversitesi *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2004; 20 (1): 125.
120. Koçer Z. Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2006.

121. Küntüz S.İ. Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Sosyal Desteğin Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesine Etkileri, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2016.
122. Kaymak D.A. Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2012.
123. Tucker CM, Ziller RC, Smith WR, Mars DR, Coons MP. Quality of life of patients on in-center hemodialysis versus continuous ambulatory peritoneal dialysis, *Peritoneal Dialysis International*, 1991,11 (4), 341-346.
124. Küçük M. Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kaliteleri, Hasta Özellikleri ve Hemşirelik Hizmetleri İle İlgili Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2008.
125. Hiçdurmaz D, Öz F. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların stresle başa çıkma biçimleri, Hacettepe Üniversitesi *Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2009,16 (3), 001-016.
126. Şentürk A, Levent BA, Tamam L. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda psikopatoloji, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2000, 17, 163-172.
127. Arat Z. Hemodiyaliz Hasta ve Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu, Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2006.
128. Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2005, 8 (2).
129. Edmondson JC (2001) Chronic Pain and the Placebo Effect. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sadock B, Sadock (Ed), 7. baskı, Lippincott Williams and Wilkins, s.1981-2001.

130. Öngider N. Kronik Fiziksel Hastalığı Olan Kişilerde Umutsuzluk ve Yaşamı Sürdürme Nedenlerinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1997.
131. Sabuncu N. Hemodiyaliz hastalarındaki fizyolojik ve psiko-sosyal faktörleri hasta ve hemşirelerin tanımlama durumları arasındaki ilişki, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 1994, 6 (34).
132. Biçer S, Şahin F, Sarıkaya Ö. Hemodiyaliz hastalarının yeterli diyaliz hakkında bilgi düzeylerinin incelenmesi ve bu konuda eğitilmesi, *Bozok Tıp Dergisi*, 2013, 3 (3).
133. Bülbül E. Hasta, Hasta Yakınları ve Sağlık Profesyonelleri Gözüyle Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2010.
134. Erkenekli M, Uzun Z, Gümüş ÖD. (2012). Sosyoekonomik Statü ve Sosyal Değerler İlişkisine Yönelik Bir İnceleme. *Savunma Bilimleri Dergisi*, 11, 2, 125-147.
135. Budak B. Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 1999.
136. Asan T. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hastaların Ailelerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2007.
137. Özkaraman A, Alparslan GB, Babadağ B, Gökçe S, Gölge H, Derin Ö, Bilgin M. Hemodiyaliz yapılan kronik böbrek hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi, *Osmangazi Tıp Dergisi*, 2016, 38 (2), 51-61
138. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP, et al. *The Quality of Life of Patients with End Stage Renal Diseases*. N Eng J Med 1985;312:553-559.
139. Kavukcu S, Tavli V, Fadiloğlu M, Akhunlar H, Oran B, Akcoral A. Urinary enzyme changes in children undergoing cineangiographic evaluation using iopromid, *International Urology and Nephrology*, 1995, 27 (2), 131-135.

140. Pınar R. Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin kullanımı, Celal Bayar Üniversitesi, *Birikim Dergisi*, 2006, 1.2: 71-76.
141. Aydemir Ç, Cebeci S, Göka E, Kasım İ, Tüzer V. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar, *Kriz Dergisi*, 2002, 10 (2):29-40.
142. Mollaoğlu M, Bağ E. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz yeterlilik ve etkileyen faktörler, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009, 72 (2).
143. Ching Luk Suet W. *The Quality of Life for Hong-Kong Dialysis Patients*. J Adv Nursing 2001;35 (2),218-227.
144. Karabulutlu E, Karahisar F, Okanlı A, Öztürk D. İki üniversite hastanesinde hemodiyaliz tedavisi alan hastaların depresyonla başa çıkma becerilerinin karşılaştırılması, 16. Ulusal Böbrek Hastalıkları Kongresi, *Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi*, 2006, 15 (4), s:152
145. Şentürk A, Levent BA, Tamam L. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda psikopatoloji, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2000, 17, 163-172.
146. Çelik HC, Acar T. Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi, *Fırat Tıp Dergisi*, 2007,12 (1), 023-027.
147. Gülpak M, Kocaöz S. Hemodiyaliz tedavisi alanlara bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörler, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2014, 13 (2).

8. EKLER

Ek-1. Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyet : Kadın _____ Erkek _____
2. Yaş: _____
3. Medeni Durum: Evli ___ Bekar _____
4. Çocuk Sayısı: _____
5. Eğitim Durumu:
 1. Okuryazar değil _____ 2. İlkokul _____ 3. Ortaokul _____
 4. Lise _____ 5. Üniversite _____
6. İkamet edilen il: Ankara _____ Ankara dışı _____
7. İş Bilgileri: Çalışıyor _ Çalışmıyor _____ Emekli _____
8. Sosyoekonomik Durum:
 - 1300TL ve altı _____
 - 1300TL-2000TL _____
 - 2000TL-3000TL _____
 - 3000TL ve üzeri _____
9. Kaç yıldır kronik böbrek hastalığına sahipsiniz?
 - 1-5 yıl arası _____
 - 5-10 yıl arası _____
 - 10 yıl ve üzeri _____
10. Haftalık diyalize girme sayınız nedir?

11. Böbrek hastalığının dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip misiniz?
Evet _____ Hayır _____
Evet ise: 1.
2.
3.
4.

Ek-1. Kişisel Bilgi Formu (devam)

12. Hastalığınızdan dolayı herhangi bir sosyal hizmet kurumundan yararlandınız mı?

Hastanelerin sosyal hizmet birimleri (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog gibi) _____

Sosyal Hizmet İl Müdürlükleri

Diğer

Hiç yararlanmadım

13. Aynı evi paylaştığınız aile üyelerinde kronik hastalık var mı?

Evet_ Hayır_____

Evet ise aldıkları hastalık tanıları:

Ek-2. Aile Değerlendirme Ölçeği

AÇIKLAMA: İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. **Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.** Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (*Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum*)

Her cümlelerin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe **(X) işareti** koyunuz. **Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz.** Mümkün olduğu kadar **çabuk ve samimi cevaplar** veriniz. **Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz.** Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	()	()	()	()

Ek-2. Aile Değerlendirme Ölçeği (devam)

22. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23. Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24. Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25. Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26. Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27. Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28. Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29. Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30. Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()
31. Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32. Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33. Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
34. Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35. Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36. Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	()	()	()	()
37. Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38. Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39. Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40. Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41. Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42. Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43. Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44. Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45. Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46. Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47. Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
47. Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51. Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()

Ek-2. Aile Değerlendirme Ölçeği (devam)

52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığına ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

Ek-3. Etik Kurul Onayı



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ) SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU (SBEK) PROJE ONAY BELGESİ



Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet bölümü öğrencilerinden Elvan Yavuz'un Diyaliz Hastalarının Aile İşlevlerinin İncelenmesi adlı araştırması değerlendirilmiştir. (Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.



Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.



Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.



SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	462
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	28.02.2017
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	31.03.2017/04
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR

Başkan

İMZA

Doç. Dr. Musa AYGÜL

Başkan Yardımcısı

katılmadı

Prof. Dr. Şükrü ÖZEN

Üye

Prof. Dr. Ergün ERASLAN

Üye

Prof. Dr. Metin ÖZDEMİR

Üye

Prof. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM

Üye

katılmadı

Doç. Dr. Tekin AKDEMİR

Üye

Doç. Dr. Rıza GÖKLER

Üye

katılmadı

Ek-4. Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzin Yazıları



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI
Erişkin Hastanesi Müdürlüğü

Sayı: 32311235-804.01/1872 -1011
Konu: Anket İzni (Elvan YAVUZ)

02/06/2017

ERİŞKİN HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 04.05.2017 tarih ve 4100 sayılı yazısı.

İlgide kayıtlı yazıya istinaden Nefroloji Bilim Dalından görüş istenmiş olup; cevabı ekte sunulmuştur.
Bilgilerinize arz ederim.

SEÇKİN ALPER TAMER
Erişkin Hastanesi Müdür V.



Ek-4. Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzin Yazıları (devam)



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı
Erişkin Hastanesi Başhekimliği

Sayı: 27043162-020/1455-**2263**
Konu: Anket İzni
(Elvan YAVUZ)

02/06/2017

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi : 04.05.2017 tarih ve 226/4100 sayılı yazınız.

İlgi yazınız Erişkin Hastanesi Müdürlüğü tarafından incelenmiş olup, adı geçen Elvan YAVUZ'un tez çalışması ile ilgili cevabi yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.


Doç.Dr. Bülent ERBİL
Erişkin Hastanesi Başhekimliği V.

EKLER :
Yazı (2 sayfa)



Ek-4. Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzin Yazıları (devam)



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

90611621-100/123

31/05/2017

Sayı:

Konu: Anket İzni HK.(Elvan YAVUZ)

SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI
ERİŞKİN HASTANESİ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Lisans Programı öğrencisi Elvan YAVUZ'un tez çalışmasını bölümümüzde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.


Prof.Dr. YUNUS ERDEM
Bilim Dalı Başkanı



Ek-4. Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzin Yazıları (devam)



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

Sayı: 90611621-100/123
Konu: Anket İzni HK.(Elvan YAVUZ)

31/05/2017

SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI
ERİŞKİN HASTANESİ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Lisans Programı öğrencisi Elvan YAVUZ'un tez çalışmasını bölümümüzde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

31/05/2017


Prof.Dr. YUNUS ERDEM
Bilim Dalı Başkanı

İ.
S.
T.

31/05/2017

31/05/2017



Ek-4. Araştırmanın Yapılması İçin Alınan İzin Yazıları (devam)

umut diyaliz merkezi



www.ankarumutdiyaliz.com • diyaliz@ankarumutdiyaliz.com

ÖZEL ANKARA UMUT DİYALİZ MERKEZİ

Sayı: 71

Tarih:29.05.2017

Konu: Anket İzni (Elvan YAVUZ)

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

ANKARA

04/05/2017 tarih ve 15324997/223/4098 sayılı yazınızda belirtmiş olduğunuz Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sayın Elvan YAVUZ'un merkezimizde talep edilen anket çalışmasının yapılabilmesi için gerekli izin tarafımızdan verilmiştir.

Gereğini arz/rica ederim.

MESUL MÜDÜR

Dr. Doğan Gökçül ÖZ
ÖZEL ANKARA UMUT DİYALİZ
Mesul Müdür ve Sorumlu Hemşire
Dip No: 7428
Sertifika No: 298
Dip Tescil No: 79723



Ankara Umut Diyaliz Hizmetleri ve İnşaat Sağlık Ticaret A.Ş.

Topçu Mah. İstasyon Cad. 1497. Sk. (Eski 540. Sk.) No: 2/A Etimesgut - ANK. Tel: (0.312) 260 23 63 (pbx) • Fax: (0.312) 261 36 00

 eylül
diyaliz/merkezi

**EYLÜL DİYALİZ HİZMETLERİ
VE TİCARİET ANONİM ŞİRKETİ**
Kazan Karabük Bulvarı Marmarisasyon Cad. No: 57-B-F-G
06580 ANKARA
GİRİŞİMİSİNİZ İÇİN BİZİ ZARFINDA BULUNAN TELEFON NUMARASINI ARAYINIZ

Ek-5. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Elvan YAVUZ
Doğum tarihi	: 14.08.1988
Doğum yeri	: Altındağ/ANKARA
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara
Tel	: 0554 117 8460
Faks	:
E-mail	: elv.yavuz@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Yabancı Dil Ağırlıklı Mimar Sinan Lisesi
Lisans	: Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi, İktisat Bölümü
Yüksek lisans	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
Doktora	: -
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: İyi
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	

