



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN KRONİK BÖBREK
YETMEZLİĞİ HASTALARINDA BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK VE
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Hale İRBAN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAÖĞLU

İSTANBUL – 2021

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN KRONİK BÖBREK
YETMEZLİĞİ HASTALARINDA BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK VE
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Hale İRBAN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAĞLU

İSTANBUL – 2021

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN KRONİK BÖBREK
YETMEZLİĞİ HASTALARINDA BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK VE
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Hale İRBAN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAOĞLU

İSTANBUL – 2021

ÖZET

Bu çalışma hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarında bilişsel işlevselliğin psikolojik dayanıklılık ile ilişkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma Mart 2021- Nisan 2021 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yer alan Hemodiyaliz Ünitesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak hesaplanan 88 kişi dahil edilmiştir. Bu çalışmada araştırmacı tarafından hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu" ile "Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCA)" ve "Yetişkin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği(YPDÖ)" kullanılmıştır. Çalışmanın analizinde Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney U testi ve Kruskal- Wallis testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamaları $x \pm ss: 54,21 \pm 14,39$ olup %41,1' inin kadın, %58,9' unun erkek, %73,3' ünün evli, %68,9' unun ilköğretim, %17,8' inin lise, %13,3' ünün yüksek okul mezunu olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonucunda MoCA ortalama puanı $18,79 \pm 6,74$ olup hastaların %51,1 'inin bilişsel işlevsellik puanı düşük bulunmuştur. YPDÖ ortalama puanı $119,54 \pm 23,90$ olarak hesaplanmıştır. Hastalar özellikle MoCA alt boyutu olan gecikmeli hatırlama ($1,50 \pm 1,67$) boyutundan alabilecek ortalama puanın altında puan almışlardır. MoCA ölçeğinin altı alt boyutunda; görsel mekansal, adlandırma, dikkat, lisan, soyut düşünme ve gecikmeli hatırlama alanlarında 0 puan alan hastalar olmuştur. Çalışmaya göre hemodiyaliz tedavisi alan hastaların; bilişsel işlevselliğini ve psikolojik dayanıklılığını etkileyecek risk grupları; kadın cinsiyet, ileri yaşlı olmak, düşük eğitim durumunun olması, gelirin az olması, spor yapmama ve aktif bir işte çalışmıyor olmaktır. Çalışmaya göre MoCA ile yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Bilişsel değerlendirme puanları arttıkça psikolojik dayanıklılık puanları da artmaktadır. Sonuçta; bilişsel işlevlerin ve psikolojik dayanıklılığın sık olarak etkilendiği hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerini olumsuz etkileyecek duyguları önlemek, bilişsel bozukluğu azaltmak, psikolojik dayanıklılığı arttırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için bu duruma etki eden faktörleri araştırmalı ve düzenli aralıklarla değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Hemodiyaliz, kronik böbrek yetmezliği, bilişsel işlevsellik, psikolojik dayanıklılık.

ABSTRACT

This study was conducted as a descriptive study to examine the relationship between cognitive functioning and psychological resilience in chronic renal failure patients receiving hemodialysis treatment. The research was carried out in the Hemodialysis Unit of Ümraniye Training and Research Hospital between March 2021 and April 2021. 88 people were included in the study, which was calculated using the simple random sampling method. In this study, “Personal Information Form” prepared by the researcher, “Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA)” and “Adult Resilience Scale (YPDÖ)” were used. Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test were used in the analysis of the study. The mean age of the patients participating in the study was $x \pm ss: 54,21 \pm 14,39$, 41,1% were female, 58,9% were male, 73,3% were married, 68,9% were primary school students, It was determined that 17,8% of them were high school graduates and 13,3% of them were college graduates. As a result of the research, the mean MoCA score was $18,79 \pm 6,74$, and 51,1% of the patients had a low cognitive functionality score. The mean score of YPDÖ was calculated as $119,54 \pm 23,90$. Patients scored below the average score that could be obtained from the delayed recall ($1,50 \pm 1,67$) dimension, which is especially the MoCA sub-dimension. In the six sub-dimensions of the MoCA scale; There were patients who scored 0 in visual-spatial, naming, attention, language, abstract thinking, and delayed recall. According to the study, patients receiving hemodialysis treatment; risk groups that will affect cognitive functioning and resilience; female gender, old age, low education, low income, not doing sports and not working in an active job. According to the study, there is a statistically significant relationship between MoCA and resilience scale scores for adults ($p < 0,05$). As the cognitive assessment scores increase, the psychological resilience scores also increase. After all; It is recommended that hemodialysis patients, whose cognitive functions and psychological resilience are frequently affected, should be investigated and evaluated at regular intervals in order to prevent emotions that will negatively affect their quality of life, to reduce cognitive impairment, to increase psychological resilience and to improve their quality of life.

Key words: Hemodialysis, chronic renal failure, cognitive functionality, resilience.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmamın her aşamasında değerli bilgi, deneyim ve desteğiyle yol gösteren, sayın danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAOĞLU' na,

Yüksek lisans eğitimim boyunca mesleği profesyonel bir bakış açısıyla daha iyi icra edebilmemiz adına bilgi ve tecrübelerini paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Selma DOĞAN ve Prof. Dr. Besti ÜSTÜN' e,

Veri toplama aşamasında her türlü destek, zaman ve emeğini esirmeyen sevgili diyaliz hemşireleri Filiz ALTINDAL, Yağmur KIZILAY ve sevgili diyaliz teknikerleri Funda YILMAZ, Şeyma BULGURCU ve Emine KILIÇ'a,

Yoğun iş temposunda dahi destekleriyle yanımda olan, iş arkadaşlarıma; özellikle sevgili arkadaşım Latife YALÇIN'a ve beni her zaman cesaretlendiren, tez sürecinde her türlü yardımını esirgemeyen değerli arkadaşım Mirac DOĞAN'a,

Eğitim hayatım boyunca her zaman beni destekleyen ve her türlü desteği ile bana güç veren sevgili aileme sonsuz teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLOLAR DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1.GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	7
1.2. Araştırmanın Soruları.....	7
2.GENEL BİLGİLER	8
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği.....	8
2.1.1.Kronik böbrek yetmezliği tanımı ve evreleri.....	8
2.1.2. Kronik böbrek yetmezliği epidemiyolojisi.....	8
2.1.3. Kronik böbrek yetmezliği etiyolojisi.....	9
2.1.4. Kronik böbrek yetmezliği tedavisi.....	11
2.1.4.1.Hemodiyaliz tedavisi.....	11
2.1.4.2.Hemodiyalizde fizyolojik prensipler.....	12
2.1.4.3.Hemodiyaliz tedavisine bağlı fiziksel sorunlar.....	13
2.1.4.4.Hemodiyaliz tedavisine bağlı psikososyal sorunlar.....	13
2.1.4.5.Hemodiyaliz tedavisine tepki dönemleri.....	14
2.1.4.6.Hemodiyaliz tedavisinde psikiyatrik sorunlar.....	14
2.1.4.2.Periton diyalizi.....	15
2.1.4.3.Böbrek transplantasyonu.....	16

2.2. Bilişsel Fonksiyon Nedir?	16
2.2.1.Kronik böbrek yetmezliği hastalığının bilişsel işlevselliğe etkisi.....	19
2.3.Psikolojik Dayanıklılık Nedir?	20
2.3.1.Psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörler.....	21
2.3.1.2.Risk faktörleri.....	21
2.3.1.3.Koruyucu faktörler.....	33
2.3.1.4.Uyum/olumlu sonuçlar.....	34
2.4. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri (Klp) Hemşireliği.....	22
3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	25
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	25
3.4. Araştırmada Kullanılan Temel Değişkenler.....	26
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	26
3.6. Veri Toplama Araçları.....	27
3.6.1. Kişisel bilgi formu.....	27
3.6.2. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCA).....	27
3.6.3 Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Testi (Resilience Scale for Adults).....	32
3.7. Verilerin Toplanması.....	33
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	33
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	34
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	57

KAYNAKLAR.....	60
EKLER.....	75
EK 1.....	75
EK 2.....	77



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımları.....	35
Tablo 2: Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Bilişsel İşlevsellik Düzey Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	36
Tablo 3: Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının MOCA Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	36
Tablo 4: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bilişsel İşlevsellik Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 5: Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	43
Tablo 6: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Psikolojik Dayanıklılık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 7: MOCA ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Arasındaki İlişkiye Dair Korelasyon.....	47
Tablo 8: MOCA ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Alt Boyut Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Korelasyona ilişkin saçılım grafiği



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- TND:** Türk Nefroloji Derneği
- T.C. Sağlık Bakanlığı:** Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
- CREDIT:** Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması
- THSK:** Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
- KLP:** Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
- KBY:** Kronik Böbrek Yetmezliği
- SDBY:** Son Dönem Böbrek Yetmezliği
- HD:** Hemodiyaliz
- RRT:** Renal Replasman Tedavisi
- GFR:** Glomerüler Filtrasyon Hızı
- FGF23:** Fibroblast Growth Factor-23
- HPA:** Hipotalamus hipofiz ve adrenal fonksiyonu
- ml:** Mililitre
- mEg/L:** miliekivalan/Litre
- DM:** Diyabetes Mellitus
- HT:** Hipertansiyon
- MOCA:** Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği
- YPDÖ:** Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
- SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences
- %:**Yüzde değeri
- n:** Örneklem sayısı
- p:** Anlamlılık düzeyi

1. GİRİŞ

Böbrek yetmezliği kişinin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini zorlaştıran ve hayat kalitesini düşüren kronik hastalıklardan biridir (Kıran, 2016; Karadakovan, 2010). Kronik böbrek yetmezliği tüm dünya ülkelerinde önemli bir sağlık sorunu olup birçok nedenden dolayı oluşabilmektedir. Bu durum, geriye dönüşsüz olarak böbrek fonksiyonlarının kaybı ve üremik sendrom ile sonuçlanmaktadır (Önsöz, 2007; Ruso ve ark., 2014). Kronik böbrek yetmezliğinin klinik bulguları, zaman içinde nefron sayılarının gittikçe azalması ve glomerüler filtrasyon hızının düşmesiyle kendini gösterir (Süleymanlar, 2007; Rastogi ve ark., 2008). Bu yetmezliğin ilerlemesiyle böbrek fonksiyonlarındaki bozulmanın şiddeti artmakta ve son dönem böbrek yetmezliği gelişmektedir. Türk Nefroloji Derneği (TND) ve Sağlık Bakanlığı'nın birlikte sundukları rapora göre 2019 yıl sonu itibariyle kronik böbrek yetmezliği tanısına sahip olan ve renal replasman tedavisi gerektiren hasta sayısı 81.055, renal replasman tedavilerinden hemodiyaliz tedavisi alan 18 yaş ve üzeri hasta sayısı 60.242 olarak bildirilmiştir (Türk Nefroloji Derneği [TND], 2019).

Böbrek fonksiyonlarının azalması sonucu artık ürünlerin birikerek yaşam fonksiyonlarını bozmaya başladığı noktada, bireyler hayatlarını devam ettirebilmeleri için böbreğin yapamadığı görevi yerine getirebilecek tedaviye ihtiyaç duymaktadırlar (Arık ve ark., 2008). Bu tedaviler literatürde renal replasman tedavisi olarak adlandırılmaktadır (Süleymanlar, 2007; Rastogi ve ark. 2008). Renal replasman tedavisi, kronik böbrek yetmezliğinin son dönemi içerisine girmiş olan hastalara uygulanan bir tedavidir. Diyaliz ve böbrek nakli, renal replasman tedavisinin seçenekleri arasına girmektedir (Akdemir ve Birol, 2005; Tanrıverdi ve ark., 2010). Diyaliz tedavisi iki şekilde uygulanmaktadır; hemodiyaliz ve periton diyalizi. Bunlar arasında en sık kullanılan tedavi yöntemi ise hemodiyalizdir (Arık ve ark., 2008; Akpolat ve Utaş, 2001). Türkiye'de kronik böbrek yetmezliği tanısına sahip olan hastaların; % 78,85 'i hemodiyaliz, %7,24'ü periton diyalizi tedavisi almaktadır (Türk Nefroloji Derneği [TND], 2019).

Hemodiyaliz, hastanın kanının yarı geçirgen bir membran vasıtasıyla diyalizer içerisinden geçirilerek sıvı-elektrolitlerin temizlenmesi işlemidir (Dolar, 2005; Akpolat ve Utaş, 2001). Hemodiyaliz tedavisi, hastanın klinik tablosu, kuru kilosu, aldığı çıkardığı

dengeci, diyalizer cinsi ve kan akış hızı değişkenlerine göre, haftada ortalama 3 gün ve her seans 3-4 saat sürecek şekilde uygulanır (Enç ve Uysal, 2014). Hemodiyaliz yeterliliği; hastanın klinik, biyokimyasal ve kinetik göstergelerin değerlendirilmesiyle belirlenir, hastanın ruhsal ve bedensel durumu değerlendirilerek kontrol edilir. (Türk Nefroloji Dergisi, 2016; Biçer ve ark., 2013). Etkin ve yeterli hemodiyalizin sağlanmasıyla, hastaların kendini iyi hissetmesi ve kaliteli yaşam sürdürmesi sağlanmaktadır (Kalender ve ark., 2002; Çamsarı, 1997). Hemodiyaliz yeterliliğini etkileyen önemli invaziv girişimleri gerçekleştiren ve seans sırasında hastayı fiziksel ve ruhsal yönden sürekli takip ve gözlem yapabilen hemşire, hemodiyaliz yeterliliğinde anahtar rol oynamaktadır. (Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği, 2012).

Hemodiyaliz tedavisi birçok olumlu değişimi beraberinde getirir de son zamanlarda yapılan çalışmalarda hastanın yaşadığı olumsuzluklar ve güçlükler odaklanmıştır. (Erdem, 2018). Hemodiyaliz tedavisi gören hastalar, günlük yaşamlarının bir rutini haline gelen bu süreçte, ruhsal, toplumsal ve ekonomik birçok sıkıntıyla karşılaşmaktadırlar. Hastaların hemodiyaliz makinesine, tedaviyi uygulayan sağlık personellerine ve ailelerine bağımlı hale gelmeleri bu problemlerden birkaçıdır (Mok ve Tam, 2001).

Kronik böbrek yetmezliği tanısına bağlı olarak hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, diyaliz kaynaklı bazı sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Hemodiyaliz tedavisi doğası gereği diğer kronik hastalıklara oranla daha çok cihaza bağımlılık gerektirdiği için, hastaların kendilerine özgü başatma mekanizmaları geliştirmelerini zorunlu hale getirir. Bu süreçte hastalar yaşadıkları zor koşullara uyum sağlamaya çalışırken, aynı zamanda fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlarla da baş etmeye çalışmaktadır.

Hemodiyaliz tedavisiyle hastalarda; tedavi için bir cihaza bağımlı olma, otonomi kaybı, makine alarmlarının korku ve endişeye neden olması, beden imgesi bozuklukları gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlar aynı zamanda hastanın; aile ve iş yaşamında rol değişimlerine yol açmakta, depresyon, anksiyete, ölüm korkusu, umutsuzluk, öfke, cinsel fonksiyon bozuklukları, ve uyum bozuklukları psikososyal sorunlara neden olmaktadır (Özer ve ark., 2009; Topbaş ve Bingöl, 2017).

Hemodiyaliz hastalarında ruhsal bozuklukların yaygınlığının artmış olduğu çeşitli çalışmalarda görülmektedir. (Soykan ve ark., 2004; Önsöz, 2007) Soykan ve arkadaşlarının (2004) hemodiyaliz tedavisi alan hastalarla yapmış olduğu çalışmada,

hastaların %32'sinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmadaki belirtilen psikiyatrik sorunların %24 'ü depresyon; %8'i ise uyum bozukluğudur (Soykan ve ark., 2004).

Hemodiyaliz hastalarının, bilişsel işlevlerinin üzerinde depresyonun etkilerini araştıran çalışmalarda, deney grubu ve kontrol grubu tanıtıcı özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi) bakımından eşitlenerek çalışmaya alınmıştır. Hastalarda görsel bellek-motor izleme, dikkat ve sözel ifade akıcılıklarında birtakım bozulmaların meydana geldiği tespit edilmiştir. Depresyonun şiddeti arttıkça, bu bozulmaların da depresyona paralel olarak arttığı gözlenmiştir (Demir ve Göğüş 2000, McDermott ve Ebmeier, 2009).

Yapılan çalışmalarda, hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda bilişsel bozukluğun yanında, davranışta bozulmalar, mesleki becerilere, günlük yaşam aktivitelerine ve sosyal etkinliklere katılmada güçlükler görülmüştür (Tan ve Akbostancı, 2001). Ayrıca bir başka çalışmada bilişsel bozukluğun, yaşam kalitesini etkilediği, diyet ve ilaç uyumu gibi birçok faktörü de azalttığı belirtilmiştir (Madero ve ark., 2008).

Bilişsel fonksiyon, dikkatin odaklanması, sürdürülmesi ve gerektiğinde başka yöne aktarılması, organizasyon, planlama, problem çözme ile bilginin hatırlanması ve gibi süreçleri kapsayan zihinsel beceridir (Tan ve Akbostancı, 2001). Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların % 16-38 arası oran aralıklarında geliştiği bildirilen ve patogenetik mekanizması tam aydınlatılmamış olan demansı da içeren bilişsel bozukluğun, hastanın yaşam kalitesini, karar verme becerisini, tedaviye uyumunu azalttığı; bakım ve hastaneye yatma ihtiyacını arttırdığı belirtilmiştir. Bunun sonucunda hastalığın yüksek morbidite ve mortalite hızını artıran önemli bir faktör olduğu öne sürülmüştür. (Tamura ve Yaffe, 2011).

Bilişsel bozukluk, bireylerin günlük yaşamlarını olumsuz yönde etkilemekte; hatırlama, yeni öğrenme, dikkatini sürdürme veya karar verme gibi işlevlerde bozulmalara neden olmaktadır. Literatüre göre bireyler kliniklerde çoğu kez bilişsel fonksiyonlar açısından değerlendirilmemekte ve bu alandaki bozuklukları başlangıçta gözden kaçabilmektedir (Doğukan ve ark. 2009; Sing ve ark., 2006). Hemodiyaliz hastaları da bilişsel bozukluğun sık görüldüğü hasta gruplarından (Murray ve ark., 2006; Davey ve ark., 2013).

Joseph ve ark.(2019), hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarının bilişsel fonksiyonelliğini araştırdıkları çalışmalarında, hastaların % 44'ünde bilişsel

işlevsellikte bozulma saptamışlardır. Aynı çalışmada eğitim ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan hastaların bilişsel işlev puanlarının daha düşük olduğu; özellikle bu düşüklüğün hatırlama ve oryantasyon alanlarında olduğu bulunmuştur. Çalışmadaki hastaların diyaliz süresi arttıkça öncelikle dikkat seviyelerinin düştüğü ve toplam bilişsel işlev puanlarının azaldığı belirtilmiştir. Çalışmada depresyon puanları yükseldiğinde bilişsel işlevsellik puanlarının da azaldığı; bunun nedeni olarak da depresyonun bilişsel işlevsellikte bozulmaya neden olduğu belirtilmiştir.

Kronik böbrek yetmezliği hastalarında bilişsel fonksiyon bozukluğunun yaygınlığı ve klinik önemi yeterince tanımlanmadığından genellikle hastalar bilişsel işlevleri açısından değerlendirilmeye alınmamakta ve işlevlerde bozulma belirgin bir hale gelerek olumsuz psikososyal sonuçlara neden olmaktadır (Murray ve ark., 2006). Murray ve arkadaşları (2006) hemodiyaliz tedavisi alan 338 hastanın bilişsel fonksiyonlarını ileri incelemeler ile değerlendirmiş; hastaların % 87,5'inde bilişsel fonksiyon bozukluğu olduğunu ancak bu hastaların klinikte sadece % 2,9'unun bu tanıyı aldıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada; bilişsel performans üç alanda ölçülmüştür. Bu alanlar; bellek, yürütücü işlev ve dil olarak düzenlenmiştir. Hastalar; hafif, orta veya şiddetli bilişsel bozukluğu olanlar olarak sınıflandırılmıştır. Kliniklerde ise araştırma ölçümlerinden farklı olarak ileri derece bilişsel bozukluğu olan hastaların % 12,7'si bilişsel bozukluğu olmayan olarak belgelenmiştir. Araştırma sonucuna göre hemodiyaliz hastalarında orta ile şiddetli bilişsel bozukluk yaygın olduğu ve teşhis edilemediği belirtilmiştir. (Murray ve ark., 2006).

Rakowski ve ark. (2006) düzenli hemodiyaliz tedavisi alan 272 binden fazla hastayı değerlendirdikleri çalışmalarında; hemodiyaliz başlanmadan önce teşhis edilen bilişsel bozukluğun mortalite için bağımsız risk faktörü olduğunu saptamışlardır. Ayrıca bilişsel bozukluk olmayan hastalarda iki yıllık sağ kalım oranını %66, bilişsel bozukluk olan hastalarda iki yıllık sağ kalım oranının ise %24 olduğu görülmüştür. Bu çalışma, bilişsel bozukluğun hastaların sağ kalım sürelerini de olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Sağ kalım süresini uzatabilmek için hemodiyaliz hastalarının hayat boyu tedaviye uyması; bunun için de hastalık ve tedavilerine ilişkin bilgileri bilişsel olarak kavrama ve anımsayabilmeleri gerekmektedir. Bu nedenle hastaların tedaviye uyumu, diyetleri uygulayıp sürdürebilmeleri ve yaşam kalitelerini sürdürebilmeleri veya yeniden düzenleyebilmeleri için hastaların bilişsel işlevselliklerinin belirlenmesi ve bozuklukların engellenmesi ve ya bozukluklara ilişkin eğitimlerin planlanması gerekmektedir (Joseph ve ark., 2019; Silva ve ark., 2014).

Psikolojik dayanıklılığın bir başarı ve uyum sağlama süreci olduğu tanımı hemodiyaliz hastalarının bu tedaviye uyumu nasıl sağlayacağını ifade eder niteliktedir (Hunter 2001). Hastaların hayat boyu kronik hastalıkla yaşamayı öğrenmesi, değişimlere uyum sağlayabilmesi ve karşılaştıkları zorluklarla mücadele etmesi yeterli psikolojik dayanıklılık düzeyiyle sağlanabilir (Wagnild ve Young, 1993; Noghan ve ark., 2018; Medeiros ve ark., 2017).

Hemodiyaliz tedavisinin kompleks ve yıllar boyu devam etmesi, hastalarda uyumsuzluk olasılığını arttırır (Hejazi ve ark., 2014; Estaji ve ark., 2016). Hemodiyaliz hastalarında psikolojik dayanıklılığın tedavi rejimine uyumuna etkisinin incelendiği çalışmalarda, hastaların psikolojik dayanıklılık puanının artması tedavi rejimine uyma olasılığını arttırmıştır (Noghan ve ark., 2018; Medeiros ve ark., 2017).

Hemodiyaliz hastaları, sorunlarla başarılı bir şekilde baş ederek olumsuz etkilenen yaşam kalitesi düzeyini değiştirebilirler. Hastaların bu değişimi sağlamaları için, karşılaştıkları zorluklara karşı geliştirdikleri güç ve dirençli olma anlamı olan ‘psikolojik dayanıklılık’ becerisine sahip olması gerekir. Psikolojik dayanıklılık, ağır yaşam koşulları ve stres faktörleri karşısında kişinin sürece uyum sağlama yeteneğini ifade eder (Aandroodi, 2017; Ahangarzade rezaei ve Rasoli 2015; Tusaie ve Djer 2004.).

Hafif bilişsel bozukluğu olan yaşlı yetişkinlerin psikolojik dayanıklılıkla ilişkisine bakılan bir çalışmada, bilişsel bozukluğun azalmış psikolojik dayanıklılık ile ilişkisi olduğu bulunmuştur. Hastaların duygusal, psikolojik kaynaklarının azalması zihinsel strese ve bilişsel bozulmaya neden olduğu görülmüştür (Mehta ve ark., 2019; Xie ve ark., 2019).

Yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyi, daha az anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine olumlu katkıda bulunur. Hastaların; hastalığı daha kolay kabul etmesini ve bilişsel işlevlerini geliştirir (Gerino ve ark., 2017; Tian ve ark., 2018). Başka bir çalışmada ise, dayanıklılığın iyileşme için etkili yollardan biri olduğu sonucuna varılmıştır (Kukihara ve ark., 2020).

Hemodiyaliz hastaları kronik bir hastalığa sahip olmaları ve organ kaybı yaşamaları sebebiyle sadece fiziksel değil psikososyal olarak da sorunlar yaşadığı bilinmektedir (Köse, 2018; Topbaş ve Bingöl, 2017). Bu hastaların bakımında sadece fiziksel değil psikososyal bakımında entegre edilmesi gerekmektedir (Erdem, 2018). Hastaların değerlendirmesinin sistematik olarak yapılıp, bakımın bütüncül planlanması

gerekmektedir. Hemşireler hastanın yanında daha fazla bulunmasından dolayı bakımı planlarken hastanın bütüncül olarak sağlık risklerini değerlendirmelidir. Biyopsikososyal boyutta zorlayıcı bir hastalık olan kronik böbrek yetmezliğinin getirdiği olumsuzluklarla, hastaların uygun bir şekilde baş edebilmesi için psikolojik dayanıklılıklarının yüksek olması gerekir. Hemodiyaliz hastalarında uyumun bilişsel yönlerine bakıldığında hastaların; yaşam boyu tedavi rejimini anlaması, uygulaması ve kronik strese uyum sağlama yeteneğini güçlendirmek için eğitimler verilmelidir (Aandroodi, 2017; Lee, 2006). Bilişsel fonksiyonun bozulması hemodiyaliz hastaları için bir sağlık ve sağ kalım riski olarak ele alındığından bu alanın gözlem, görüşme gibi subjektif yöntemler ve objektif ölçüm araçları ile değerlendirilmesi gerekmektedir. Hasta ile birebir iletişim sağlayan, her durumda hastaya girişimde bulunabilecek konuma sahip olan hemşirenin önemli görev ve sorumlulukları vardır (Karabulutlu ve Okanlı, 2011). Hemodiyaliz seansı esnasında hemşire hastayı tedavi süresince gözlemleyen ve hasta ile en çok iletişim kuran sağlık profesyoneli olması nedeniyle hastada gözlemediği fiziksel ve ruhsal değişimlerinin tespitinde önemli bir rolü bulunmaktadır (Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği, 2012; Muz ve Eğlence, 2013). Ancak hemodiyaliz hemşireleri, hemodiyaliz hastalarına yeterli gözlem ve psikolojik desteği sağlamakta güçlük yaşamaktadırlar ve hemodiyaliz hastalarının bütüncül olarak tedavi ve bakımı eksik kalabilmektedir. Bu sebeple servislerde ve hemodiyaliz ünitelerinde bu bakımı sağlayabilecek psikiyatri hemşireliği alanında uzmanlık yapmış, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşirelerine ihtiyaç duyulmaktadır (Mehtap ve ark., 2005). Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireleri ve hasta yakınları hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerini olumsuz etkileyecek duyguları önlemek, bilişsel bozukluğu azaltmak, psikolojik dayanıklılığı arttırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için bu duruma etki eden faktörlerin neler olduğunu bilmeleri halinde bu faktörlerin etkilerini azaltabilirler. Bu araştırmanın da hemodiyaliz hastalarının bilişsel işlevselliğini ve psikolojik dayanıklılığını belirleyerek bütüncül bakımın planlanmasında, öncelikle temel verileri oluşturma doğrultusunda katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ulusal ve uluslararası literatürde konu ile ilgili sınırlı çalışmaya ulaşılabildiğinden araştırma sonuçlarının bu doğrultuda hemodiyaliz hastalarının bilişsel işlevlerinin de değerlendirilmesi gerekliliği yönünde katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

1.1.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarında bilişsel işlevsellik ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

1.2.Araştırmanın Soruları

Bu çalışma ile aşağıda verilen araştırma sorularına yanıt aranmıştır;

1. Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği olan hastaların bilişsel işlevsellik düzey puan ortalamaları nedir?
2. Hemodiyaliz hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre bilişsel işlevsellik puan ortalamalarında anlamlı fark var mıdır?
3. Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği olan hastaların psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları nedir?
4. Hemodiyaliz hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre psikolojik dayanıklılık puan ortalamalarında anlamlı fark var mıdır?
5. Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği olan hastaların bilişsel işlevsellik ve psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları arasındaki ilişki nasıldır?

1. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanımı Ve Evreleri

ABD Ulusal Böbrek Vakfı Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi; 2002 yılında Kronik Böbrek Hastalığı (KBY)'nin standardize olması için tanım ve evrelendirmesini yapmış ve hastalığın anlaşılmasını daha kolay hale getirmiştir. Bu tanıma göre KBY'ye ait iki kıstas vardır. Hastaya KBY tanısı konulabilmesi için, bu kıstaslardan birinin hastada mevcut olması gerekmektedir. Birinci kıstas; en az üç(3) ay sürmüş olan böbrek yapı ve fonksiyon anomalisinden kaynaklı renal hasardır. Bu böbrek hasarının klinik tablosunda, patolojik, kan, idrar ve görüntüleme anormallikleri görülmektedir.

Birinci kıstasta, glomerüler filtrasyon hızı (GFR) azalmasının olup olmaması önemli değildir. İkinci kıstas ise, 3 ay boyunca süregelen $< 60 \text{ mL / dk / } 1.73 \text{ m}^2$ GFR olarak tanımlanır. Bu kıstasın hastada görülmesi durumunda böbrek hasarının olup olmaması önemli değildir (National kidney F., 2002).

2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi

Dünyada ve ülkemizde KBY prevalansı giderek artmaktadır (Yiğit ve Erdem, 2016). Hill ve arkadaşlarının KBY üzerine yaptığı meta analiz çalışmasında, evre 1-5 arası KBY prevalansının en düşük Güney Afrika, Senegal ve Kongo'da (%8,66) olduğu tespit edilmiştir. En yüksek prevalans değeri ise, Avrupa'da (%18,38) olduğu saptanmıştır. Evre 3-5 arası en düşük KBY prevalansının Hindistan ve Bangladeş'de (%6,76) olduğu belirlenmiştir. En yüksek prevalans değerinin ise, ABD ve Kanada'da (%14,44) görüldüğü saptanmıştır (Hill ve ark., 2016)aq.

Ülkemizde yapılan prevalansı çalışmasında; yetişkinlerde KBY prevalansının %15,7 olduğu belirlenmiştir.

Aynı çalışmada, evre 1 %5,43 hasta, evre 2 %5,15 hasta, evre 3 %4,67 hasta, evre 4 %0,27 hasta ve evre 5 %0,15 hasta olduğu saptanmıştır (Süleymanlar ve ark., 2011). CREDİT çalışmasına göre, ülkemizde yaşayan her 6-7 erişkin kişinin biri çeşitli evrelerde böbrek yetmezliği tanısına sahiptir (Süleymanlar ve ark., 2011). 2014' te Sağlık

Bakanlığı tarafından sunulan verilere göre kronik böbrek yetmezliği, Türk toplumunda yaklaşık olarak 2,4 milyon bireyi etkileyerek mortalite oranının artmasına sebep olan kronik bir hastalık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hemodiyaliz bu hastalarda en sık olarak kullanılan tedavi yöntemidir (THSK, 2014).

CREDİT çalışmasında, kadınlarda KBY prevalansının erkeklerden daha yüksek olduğu, yaş arttıkça KBY sıklığının da arttığı görülmüştür. KBY görülme sıklığının 40 yaşın altında %10'dan az, 80 yaş üzerinde ise %50'nin üzerinde olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, KBY prevalansının ülkemizdeki coğrafik bölgelere göre farklılık gösterdiği; en fazla görülen bölgeler Marmara ve Güneydoğu Anadolu, en az görülen bölgeler ise Akdeniz ve İç Anadolu olduğu tespit edilmiştir (Süleymanlar ve ark., 2011). Dünyanın farklı bölgelerinde yapılan çalışmalarda ise, KBY farkındalığının %10'un altında olduğu görülmüştür (Plantinga ve ark., 2008). Türkiye'de CREDİT çalışmasında ise KBY farkındalığı %2'nin altındadır (Süleymanlar ve ark., 2011; THSK, 2014).

2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi

KBY'nin meydana gelmesinde birçok faktör etkili olabilmektedir. Kronik böbrek yetmezliği görülme oranları, ülkeler arası farklılıklar göstermekle birlikte yaş, cinsiyet ve ırk değişkenlerinden etkilenmektedir. Hipertansiyon veya diyabet varlığı, idrarda protein atılımının artışı, hiperlipidemi, yüksek proteinli ve fosfor içerikli gıdaların tüketilmesi, glomerülonefrit veya tubulointertisyel nefritin olması KBY'nin progresyonuna yol açan faktörler arasında yer alır (Süleymanlar ve ark., 2017; Akpolat ve ark., 2007). KBY nedenlerinin ilk sıralarında ise; diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık yer almaktadır (Süleymanlar ve ark., 2017). Geçmişte KBY'nin en sık görülen sebebi glomerülonefritti. Glomerülonefritin etkin bir şekilde tedavi edilmesi ve glomerülonefritlerden korunma sonucu, glomerülonefritler KBY nedenleri arasında günümüzde üçüncü sıraya gerilemiştir (Süleymanlar ve ark., 2017).

Kronik böbrek yetmezliğinin görülmesinde çeşitli değişkenlere bağlı olmaksızın hastalığa en çok "diyabetik nefropati" neden olmaktadır.

Türk Nefroloji Derneği 2019 verilerine göre son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) evresindeki hastaların etiyolojisinde rol alan diyabetik nefropatinin oranı % 39,04'tür. Ülkemizde giderek artış gösteren metabolik sendrom ve obezite de KBY nedeni olarak ifade edilmiştir (Türk Nefroloji Derneği [TND], 2019; Seyahi, 2017).

Diyabetik nefropati prevalansı, diyabetli hastalarda %4-8 arasında değişmektedir. Diyabetik nefropati; diyabeti olan hastada, başka bir böbrek hastalığı bulunmamasına rağmen mükerrer şekilde idrar albümin testinin pozitif olması veya günde 300 mg'dan fazla albümin sekresyonunun olmasıyla beraber proteinüri ve hipertansiyon varlığının ilerleyici böbrek hastalığına sebep olduğu durumdur (Atasoy ve ark., 2015). Mikroalbüminüri klinik açıdan ilk bulgudur. Diyabetin erken evrelerinde, yapısal değişiklikler başlamadan önce böbrek plazma akım hızı, intraglomerüler hidrostatik basınç ve glomerüler basınç hızı artmaktadır (Kasper ve ark., 2018). Diyabetin mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlarının en önemli nedeni diyabettir (Atasoy ve ark., 2015). Hiperglisemi; hemodinamik, genetik ve diğer risk faktörleriyle birlikte veya bağımsız bir şekilde doku hasarına ve buna bağlı olarak diyabetik nefropatiye neden olur (Atasoy ve ark., 2015).

KBY'nin en sık görülen ikinci nedeni ise hipertansiyondur. Kan basıncı ve böbrek fonksiyonlarının birbirleriyle yakın ilişkili olması bunun nedeni olarak gösterilmektedir (Oymak, 2007, Süleymanlar ve ark., 2019). Yüksek kan basıncı, böbrek kan damarlarının ve glomerüllerin hasarlarını arttırarak son dönem böbrek yetmezliğinin oluşmasına neden olur. Hipertansif renal hasarın patofizyolojisinde; arteriyel hipertansiyona sekonder gelişmekte olan böbrek yetmezliğinin patolojisini açıklayan iki farklı anlayış vardır. Geleneksel olan görüşte; Hipertansiyon, KBY'nin gelişimine üç şekilde yol açmaktadır (Günel ve ark., 2010; Sezer ve ark., 2003). Birincisi; HT nedeniyle preglomerüler arteriyol ve arterlerde skleroz gelişimi sonucunda glomerüler kan akımı azalır ve bu durum glomerüler iskemiye bağlı böbrek yetmezliğini ortaya çıkarır. İkincisi; sistemik basıncın artmasıyla glomerüllerde doğrudan hipertansif renal hasar gelişir. Bunun sonucunda, ortaya çıkan glomerüler hiperperfüzyon ve glomerüler hasara bağlı progresif renal fonksiyon kayıpları başlar (Sezer ve ark., 2003, Günel ve ark., 2010). Üçüncüsü; renin-angiotensin sistemi ve sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile vazokonstriktör maddelerin etkisiyle oluşan vazokonstriksiyon sonucunda sistemik vasküler dirençte artış yaşanmaktadır (Günel ve ark., 2010).

KBY'nin ortaya çıkmasında ve klinik tablonun ilerlemesinde müdahale edilebilen ve edilemeyen çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır.

Müdahale edilemeyen risk faktörleri; düşük doğum kilosu, erken doğum, akut renal hasar öyküsü, genetik faktörler, düşük GFR; müdahale edilebilen risk faktörleri ise proteinüri, asidoz, hipertansiyon, obezite, kansızlık, sigara tüketimi olarak sayılabilir. KBY'nin seyrinin ilerlemesine neden olan faktörler: artmış serum ürik asit düzeyi,

glomerüler hiperfiltrasyon, hiperfosfatemi, yüksek plazma fibroblast growth factor-23 (FGF23) düzeyleri ve metabolik sendromdur (Schnaper, 2016).

2.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavisi

Kronik böbrek yetmezliği tüm nedenlerden bağımsız olarak, ilerleyici böbrek hasarına ve son dönem böbrek yetmezliğine sebep olabilir. Klinik seyri son dönem böbrek hastalığı evresinde olduğunu gösteren kronik böbrek yetmezliği hastalarına tedavi seçeneği olarak diyaliz ve böbrek nakli sunulmaktadır. Acil ve ilk başvurusunda diyaliz ihtiyacı olduğu belirlenen hastaya hemodiyaliz tedavisi uygulanma sebepleri; hastanın semptomlarını düzeltmek, sıvı-elektrolit dengesini sağlamak ve üreyi kandan temizlemektir. Böbrek transplantasyonu gereken hastalar, diyaliz tedavisi alan hastaların %10'luk kısmını oluşturur. Bu hastalarda ortalama yaşam süresi 10 ila 25 yıldır (Kıdak, 2011).

Renal replasman tedavi (RRT) seçenekleri arasında hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) ve böbrek nakli yer almaktadır. SDBY olan hastalar üç RRT'den de zaman içinde faydalanmak zorunda kalabilmektedirler. Türkiye'de 2019 TND verilerine göre, yaklaşık 61.341 kişi hemodiyaliz tedavisi, 3.291 kişi periton diyalizi tedavisi görmektedir. Verilere göre böbrek nakli yapılan hasta sayısı 19.150'dir. Ülkemizde, tek tedavi seçeneğinin RRT olduğu SDBY hastalarının insidansı milyonda 151 olarak hesaplanmıştır (Türk Nefroloji Derneği [TND], 2019).

2.1.4.1. Hemodiyaliz Tedavisi

Hemodiyaliz, akut ve kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda, metabolizma sonucu oluşan artık maddelerin yarı geçirgen bir membra vasıtasıyla hemodiyaliz makinesi, geçici veya kalıcı damar giriş yolu ve diyalizat kullanılarak vücuttan uzaklaştırılması amacıyla, genelde haftada 3 kez uygulanan bir işlemdir (Akpolat ve Utaş, 2019). Hemodiyaliz tedavisinin etkin ve başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için gerekli olan yeterli düzeyde kan akımının sağlanması amacıyla hastaya geçici veya kalıcı damar giriş yollarının açılması gerekmektedir (Akpolat ve Utaş, 2019).

1913 yılında ilk deneysel hemodiyaliz uygulaması, nefrektomize edilmiş köpeklerde uygulanmıştır. İnsan üzerinde ilk hemodiyaliz uygulamasını, 1944 yılında Hollandalı Doktor Kolff yapmıştır. Bu hemodiyaliz uygulamasında yarı geçirgen

membran olarak sellülöz asetat membran ve kan sulandırıcı olarak da heparin kullanılmıştır. Diyaliz teknolojisinin ilerlemesiyle birlikte 30-40 yıl önce SDBY tanılı, günler içerisinde hayatını kaybetmekte olan hastaların yaşam süreleri uzamış ve yaşam kalitelerinde, pozitif yönde gözle görülür değişiklikler kaydedilmiştir. Ayrıca hastaların yaşam süresi ve kalitelerindeki artışa, medikal tedavide yaşanan ilerlemeler, geliştirilen yeni ilaçlar ve farklı tekniklerle uygulanan vasküler girişimler sayılabilir (Akpolat ve Utaş, 2019).

2.1.4.2.Hemodiyalizde Fizyolojik Prensipler

Hemodiyalizin amacı, hastanın sıvı ve solüt içeriğinin değiştirmektir. Bu değişim sağlanırken üç temel sistemden yararlanır. Bunlar; difüzyon, ultrafiltrasyon ve konveksiyondur. Diyalizerin konsantrasyon farkından yararlanılarak solütün yüksek olan taraftan düşük olan tarafa transferi ile difüzyon gerçekleşir (Akpolat 2009). Difüzyonun etkilendiği faktörleri, membran yanındaki konsantrasyon farkı, membran direnci, solütün molekül ağırlığı ve hızı olarak sıralayabiliriz.

Membranın bir ucunda hastanın kanı, diğer ucunda ise; üre, kreatin gibi artık ürünlerin olmadığı diyalizat bulunur. Üre ve kreatin difüzyonunun etkili geçişi yapılmış olur. Kullanılan diyalizatta potasyum yoğunluğu 2.0 mEq/Litre, plazma yoğunluğu 6.0 mEq/Litre olan hastanın kanından diyalizata potasyum transferi gerçekleşir. Difüzyonun daha yararlı olması için, hastanın kan akımı ile diyalizat akımı zıt tarafa ilerler.

Membranın bir ucundan diğer ucuna sıvı geçişi uygulanan basınç ile yapılır. Bu basınç farkı sistemine ultrafiltrasyon denir.

Yarı geçirgen bir membran aracılığıyla, hidrostatik basınç farkından yararlanılarak su ve ultrafiltrasyon sırasında suda eriyik durumda olan moleküllerin sürüklenmesi prensibi ise konveksiyondur.

Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı (erişkinde genellikle yaklaşık dakikada 200-600 ml) ve membran olarak diyalizör ile makine kullanılmalıdır (Akpolat 2009; Pendse ve ark., 2007).

2.1.4.3.Hemodiyaliz Tedavisine Bağlı Fiziksel Sorunlar

Hemodiyaliz makinası kronik böbrek yetmezliği hastalarında böbreğin görevini tümüyle gerçekleştirmede yetersiz kalabilmekte ve hasta; mide bulantısı, ürtiker, halsiz olma, hareket problemleri gibi semptomları yaşamaya devam etmektedir. Bu semptomlardan ayrı olarak, HD sırasında hipotansiyona bağlı belirtiler olabilir (Arat, 2006). Hemodiyaliz hastalarının en çok şikayet olarak belirttiği sorunların araştırıldığı bir çalışmada hastalar; fiziksel sınırlılıklar, halsizlik, kaslarda kramp olma gibi sorunları ifade etmişlerdir (Lok, 1996) Başka bir çalışmada ise; halsizlik, anüri, cinsel isteksizlik, özvakım gerçekleştirilememe, çok uyuma veya uyuyamama gibi fizyolojik değişimlerin hastalar tarafından en çok ifade edilen problemler olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Uzun ve ark., 2003).

2.1.4.4.Hemodiyaliz Tedavisine Bağlı Psikososyal Sorunlar

Hemodiyaliz tedavisi göre kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda; organik hastalıkların, ruhsal ve sosyal problemlerin de olduğunu görmekteyiz.

Kronik böbrek yetmezliği hastalarında ölümden korkma, fiziksel gücün ve dayanıklılığın yitirilmesi, işini kaybetme veya malulen emekli olma gibi sebeplerden dolayı ekonomik gücün kaybı, rol değişimi veya kaybı, aldığı çıkardığı sıvı takibi ve hastaneye bağımlı olma gibi bir çok sebep diyaliz neden olduğu olumsuz sonuçlardır (Özçürümez ve ark., 2003). Kronik bir hastalığa gösterilen karşıt duygular; yas, depresyon, kaygılı olma, kızgın olma, patolojik bağımlı olma, pasif agresif direnç ve suçluluk duyma olarak görülür. Hastalarda gözlenen bu olumsuz duygular sosyal çevreye ilgi duymama, çoğu nesneden veya olaydan korkma, bakım vericisine fazla bağımlı olma veya bağımlı olmama, isyankar olma, yasak olan şeylere aşırı ısrarcı davranma, utangaç olma, yalnız olma, sağlığı yerinde olan bireylere karşı öfke duyma gibi davranışlara dönüşebilir (Zengin ve Yıldırım, 2017). KBY hastaları sosyal çevresine ve ilişkilerine karşı da problemler yaşayabilirler. Bireyler hastalıklarından önce benliklerini, işi, ilişkileri ve ilgi duyduğu alanlarla tanımlarken, hastalandıktan sonra kendisini hasta birey olarak görmekte ve tedavi süreci nedeniyle; eğitim hayatı, iş hayatı, sosyal aktivitelere katılma konusunda sıkıntılarla karşılaşmakta ve benlikleri zarar görmektedir (Zengin ve Yıldırım, 2017).

2.1.4.5.Hemodiyaliz Tedavisine Tepki Dönemleri

KBY hastalarında bireysel olarak değişiklikler olmasına rağmen verdikleri tepkiler ve geçirdikleri tepkiler aynıdır (Abram 1979; Surman 1987).

Üremik dönemde, HD başlamayan KBY belirtisi olan hastalar, hayattan kopma korkusu, ümitsiz olma, halsiz olma ve zihinsel olarak çökkün hissederler

Anksiyete döneminde hastaların tedaviye karşı duyduğu güvensizlikten kaynaklı hastalarda anksiyete gözlenir.

Balayı döneminde diyalizin etkin bir şekilde yapılmasıyla hastalar, ölümden kurtuluşunu düşünür, apatikliği kaybolur. Öforik duygular hisseder.

Depresyon döneminde diyaliz ilk üç haftası veya 10 seans sonrası hasta bireyler içinde olduğu durumu kavrar, tedaviye olan bağımlı olduğunun farkına varmasıyla öforik duyguları azalır. Depresyon dönemi genellikle minimum 3 maksimum 12 ay sürebilir.

Uyum Döneminde hasta hemodiyalize alışmış, yaşamdahi hobilerine dönmeye başlamıştır. Geleceğe karşı umutludur ve plan yapmaya başlar.

2.1.4.6.Hemodiyaliz Tedavisinde Psikiyatrik Sorunlar

A) Organik Mental Bozukluklar

a) Bilişsel Bozukluk

Hemodiyaliz tedavisinin böbrek işlevlerini tümüyle yerine getirememesinden kaynaklanır. Kandaki üre miktarının artması, anemik olma, ilaç toksisitesi, elektrolit bozuklukları, hipertansiyon ve diğer bazı sistemik hastalıklar kaynaklı bilişsel bozukluklar oluşur. Hastalarda bilişsel bozulmaların yanı sıra, dikkatin azalması, yorgunluk, çok uyuma veya uyuyamama gibi sorunlar da görülür (Osberg ve ark., 1982).

b) Diyalitik Denge Bozukluğu

Genellikle diyalizin hızlı yapılmasının bir sonucu olarak; baş ağrısı, miyokimi, konvülsiyonlar, dengede ve konuşmada bozulma, istemsiz fiziksel reaksiyonlar, bellekte bozukluk, ajitasyon gözlenir. Beyin-omurilik boşluğunda, omurilik sıvısındaki ürenin kana göre daha erken geçmesiyle hiperosmolarite ve suyun tutulmasıyla denge bozukluğu gelişir (Lishman 1987).

c) Diyalitik Ensefalopati (Demans)

1972 yılında tanımlanmış olan tabloda görülen semptomlar; denge ve konuşma bozuklukları, apraksi, fokal nöbet, deliryum, paranoid varsanılar, paraziti ve demanstır (Alfrey 1972). Genellikle iki yıldan fazla HD tedavisi uygulanan hastalarda gözlenir. Hayati riski vardır. Hemodiyaliz yapılan sıvıda bulunan alüminyum ve çinko elektrotlarının beyinde birikmesiyle oluştuğuna dair varsayımlar vardır (Kalman ve ark., 1983).

B) Anksiyete

Literatürde çok fazla çalışma KBY hastalarında görülen anksiyetenin çok fazla olduğunu tespit etmiştir (Wright ve ark., 1966; Kalman ve ark., 1983). Hastalardaki anksiyete, psikiyatrik tanı kriterlerinde bulunan anksiyetenin tipik belirtilerinden önce uyum bozukluğu belirtilerinin ilerlemesiyle görülür (House 1989). Hemodiyaliz makinesine bağımlı olma, özerkliğin kısıtlanması, fizyolojik, mesleki ve aile rollerindeki kayıplar, yaşam kalitesinin düşük olması, cinsel işlevlerde bozulma, maddi yetersizlikler gibi sebepler anksiyete neden oluşturabilir. Hastada öfke ve inkar duyguları, katastrofik tepkiler de sıklıkla görülür. Hastaların daha iyi uyum sağlayabilmesi için, duygularını net olarak söyleyebilmesi, ve duyduğu ilgi alanlarını genişletmesi uyum sürecine yardımcı olur (Wolcott 1991).

C) Depresyon ve İntihar

Hemodiyaliz tedavisinin komplikasyonlardan biridir. Bu hastalarda depresyon kısır bir döngüye neden olur. Depresyon, genellikle hastanın fiziksel durumun kötüleşmesiyle görülmeye başlar. Depresyon; bağışıklık sistemi, kişisel temizlik ve dayanıklılığını, hastalığın gidişatını negatif etkiler, yaşam süresini kısaltır (Hussebye ve ark., 1987, Levenson ve Glocheski 1991). HD tedavisi alan hastalarda ise depresyon görülme sıklığı oldukça fazladır (Abram 1979, Levy 1987).

2.1.4.2. Periton Diyalizi

Akut ve kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda metabolizma sonucu oluşan maddelerin periton aracılığı ile abdominal bölgeye yerleştirilen bir kateter ve diyalizat kullanılarak vücuttan uzaklaştırılması işlemidir (Bakoğlu ve ark., 2009; Gözmen ve ark.,

2017). Kanda birikmiş olan toksik maddeler yarı geçirgen zar görevini üstlenen periton aracılığı ile diyalizata geçer ve daha sonra vücut dışına drene edilir (Bakoğlu ve ark., 2009; Gözmen ve ark., 2017). Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD), hastanın kendisi tarafından ev ortamında yapılabilmektedir (Çetinkaya ve ark., 2008). Periton diyalizinin hemodiyalizden, diyetinin daha uygulanabilir olması, aldığı çıkardığı sıvı dengesinin ve HT kontrolünün daha etkin yapılması, Hepatit C bulaşma riskinin daha az olması gibi avantajları vardır (Tanrıverdi, 2010; Sevinç ve ark., 2019).

2.1.4.3.Böbrek Transplantasyonu

Böbrek transplantasyonu, son dönem böbrek yetmezliği hastalarının tedavisinde kullanılır (Chandraker ve Yeung, 2019). SDBY olan kişilere, doku uyumu olduğu tespit edilen sağlıklı bir bireyden ya da kadavradan alınan böbreğin nakil edilmesi işlemidir (Akpolat ve ark., 2007; Pisoni ve ark., 2006). Böbrek transplantasyonu, diğer tedavi seçeneklerine göre, daha ucuzdur (Türkmen ve ark., 2013). Başarılı olan bir böbrek nakli, morbidite ve mortalite riskini azaltır, yaşam kalitesini artırır (Türkmen ve ark., 2013; Dolgun ve Dönmez, 2010). Böbrek naklinden sonra, ameliyata sekonder oluşabilen kan kayıpları, akciğer enfeksiyonları, solunum sıkıntıları, damarların tromboze olması, renal arter stenozu, üreterin dar olması, inkontinans, gecikmiş greft sendromu, ateşin ve C-Reaktif Protein yükselmesi, organ reddi, serebrovasküler hastalıklar gibi durumlar gelişebilmektedir (Chandraker ve Yeung, 2019).

2.2.Bilişsel Fonksiyon Nedir?

Bilişin; “bellek, dil, dikkat, algılama, psikomotor beceriler, ve yürütücü işlevler (planlama ve soyut düşünme)” olmak üzere altı boyutu vardır (Schmitt ve ark., 2005).

Bellek

Davranış değişikliklerinin en önemli mekanizmalarından olan bellek, bilgileri öğrenmek, saklamak ve gerekli olduğu durumlarda bilince getirerek kullanmak ve yaşanmışlıklarla ilişki kurmayı sağlayan bir dinamik olarak tanımlanabilir.

Limbik sistem, bilginin uzun süre bellekte saklanmasına, geri getirilmesi için de prefrontal ve temporal alanların bağlantısını kurmayı sağlar (Mesulam, 2004).

Belleğin 3 alt başlığı vardır. Bu başlıklar;

Kaydetme: Yeni öğrenilen bilgileri tutarak, belleğin eski işlevlerini tanınmasını sağlar.

Saklama: Kaydedilmiş bilginin depo alanıdır. .

Hatırlama (geri çağırma): Saklanmış olan bilgileri ihtiyaç halinde, ihtiyaç duyulan kadar yeniden anımsamadır.

Belleği işleyiş açısından üç depoya ayırabiliriz. *Duyusal bellek*, duyu organlarıyla çevredeki uyaranlarından alınan bilgiyi anında depolar. Bu bilgiler, kısa süreli belleğe iletiildiğinde bilgilerin kısa süre saklanması ve işlenmesi sağlanır. Gerçekleşen bu olay 100 ms ve 2 sn içerisinde gerçekleşir. Saklanan bilgilerin işlenebilirliği nedeniyle bu bellek, çalışma belleği (working memory) olarak da isimlendirilebilir (Fuster, 2009). Bu bellek dikkat, algılama ve uzun süreli bellekle etkileşim halindedir. Davranışların gerçekleşebilmesi için bilgilerin kısa süreli belleğe getirilerek, geleceğe yönelik plan yapılması için gereklidir. Sınırlı kapasiteye sahiptir (Eriksson ve ark., 2015). Bellek türlerinden olan *uzun süreli bellek* ise bilgiyi çok daha zaman depolar ve kapasitesi sınırsız olan bellek türüdür. Anımsanması istenen depolanmış olan bilgiyi kısa süreli belleğe gelmesini sağlar (Karakaş, 1997).

Bilginin saklanma türüne göre bellek açık ve örtük bellek olarak ikiye ayrılır. Açık bellekte, bilinçli hatırlayabildiğimiz ve her şeyin anlamını bildiğimiz bilgiler saklanır. (Kandel ve ark., 2000; Karakaş 2004). Açık bellek bilgiyi işlerken;

- ✓ Kodlama (ilk karşılaşılan bilgi, öğrenme)
- ✓ Pekiştirme (Öğröğrenilmiş olan bilginin pekiştirilmesi)
- ✓ Depolama (Bilginin saklanması)
- ✓ Geri getirme (hatırlama)

Örtük bellek; farkında olmadan kodlanmış bilgi hatırlanır ve birey işini yaparken performansı etkilenir (Crabb ve Dark, 1999; Can ve Karakaş, 2005).

Yürütücü İşlevler (Planlama ve Soyut Düşünme)

Bilişsel işlevlerin üst düzey işlevlerindedir. Görev bakımında prefrontal korteksin de görevlerini içermesi sebebiyle “frontal metafor” tanımı da yapılmaktadır (Karakaş ve Karakaş, 2000). Yürütücü işlevlerin kapsadığı alanlar; akıl yürütme, organizasyon, stratejik değerlendirme, esnek düşünme, karar verme ve üretkenliktir (Tülek, 2014). Frontal metafordaki problemler dikkat çekmeyecek kadar belirsiz olduğu için değerlendirmede zorluklar yaşanır. Bireylerin yürütücü işlevlerinde sorunlar

yaşamıyla; tek başına öğrenmede zorlanma, planlı olmama, ütöfik hedefler, yetersiz bilişsel işlevlere rağmen çok fazla beklenti, süregelen başarısızlıklar, özgüven duygusunun kaybedilmesi, utangaçlık, artan bağımlı kişilik özelliği, sosyal çekilme gözlemlenebilmektedir (Tülek 2014).

Dil

Bireyler birbirleriyle iletişim kurabilmek için kullandığı kompleks sinyal sistemidir. Wernicke alanında sesler, dil gibi algılanıp anlam yüklenir. Beyinde konuşma alanının motor işlevinden sorumlu Broca alanı ile ilişkisi vardır. Bunun gibi modeller dilin hem okuma hem de yazma fonksiyonlarından sorumludur. Dilde görülen bozulmaların, bellek, dikkat ve soyutlanma işlevlerinde görülen bozukluklarla ilişkisi vardır (Can ve Karakaş, 2005; Öktem 2003). Dil alanında görülecek sorunlar ise şunlardır;

- i. *Afazi*: Psikiyatrik bir problem veya kasların anatomik olarak bir problemi olmamasına rağmen dil bozulur.
- ii. *Duyusal veya reseptif afazi (Wernicke afazisi)*; beyin wernicke alanında tanımlanmayan bir lezyon görüldüğü zaman olur. Bireyin anlaması bozulur; dili akıcıdır fakat anlamsız konuşmalardır. Cümleleri tekrar edebilme fonksiyonu bozulmuştur, adlandırabilme yeteneği de kötüleşmiştir.
- iii. *Motor veya ekpsresif afazi (Broca afazisi)*; Bu fonksiyon bozukluğunda- Broca alanı etkilenir. Anlamı olan fakat akıcı bir konuşma olmayan, tekrar edebilme fonksiyonunun bozulmasıyla anlaşılır. (Örneğin; sepet yerine setep)
- iv. *Anomik afazi*: birey adlandırmada problemler yaşar. İşaretlenen nesnenin adlarını söyleyemezler. Akıcı konuşabilirler, duyusal afaziden farklı olarak anlamalarında problem yoktur. Sık görülmez (Öktem ve ark., 2019).

Dikkat

Bilincin açık olduğu anda, bir ya da birden fazla uyarıcıya yönelerek, başka uyarıların dışarıya bırakılmasını dikkat olarak tanımlayabiliriz (Kılıç, 2002).

Dikkat üçe ayrılmıştır. Bunlar; seçici, sürekli ve bölünmüş dikkattir. *Seçici dikkat*; dikkatin bir uyarana yöneltilmesidir (Sergeant, 1995). *Sürekli dikkat*; uyarana yöneltilmişlik durumunun, belirlenmiş bir durumda belirlenen vakit kadar odaklayabilmektir (Allport, 1989). *Bölünmüş dikkat* ise; birden fazla uyarın özelliğine, birden fazla uyarınlarla beraber, dikkatin ayrıştırılmasıdır (Greene ve ark., 1995).

Dikkatin işlevlerinin sınıflandırılması bu şekildedir; odaklanma/yönetme (focus/execute), sürdürme (sustain), sabitleme (stability), kaydırma (shift), kodlama (encode)'dır (Mirsky ve arkadaşları, 1999).

Dikkatin işlevlerinde görülecek sorunlar: bölündüğü zaman dikkatin hemen dağılması, konsantrasyonu sağlamada güçlük, uygun olmayan ve acil cevapları önlemde zorlanma, tepkisel yaklaşma, bilgileri işlerken hızlı olamama, dikkatin bozulmasından kaynaklı mekan ve zaman oryantasyonu sağlayamamadır 'dır (Mirsky ve arkadaşları, 1999).

Algılama

Duyu organlarıyla alınan girdinin, yorumlanma ve adlandırma yetisidir. Duygu durumumuz ve geçmiş deneyimlerimizden etkilenmektedir.

Bu girdiler; görsel, işitsel, kokuya ait (olfaktoriyel) ve somatik periferaldir. Yaşlılarda, bilişsel işlevlerin etkilenmesiyle duyuşsal girdinin tam anlamıyla dikkate yönlentilememesini engelleyen duyuşsal ve algısal bozulmalar görülebilir. Pariyetal lob, şekilllerin iki(2) veya üç(3) boyutlu algılamasını sağlar (Tülek, 2014).

Görsel Uzaysal algılama

Kişiye göre değişebilen algılayış çeşitidir. Nesnelerin tipi, rengi, şekil ve boyutlarının nasıl olduğunu anlamamızı sağlar. Bu algılama da kişiye odaklanır. Ortamda bulunan nesnelerin ilişkisini, mesafesini, nesnelerin derinlik algısını kısaca nesneye ait tüm bilgileri içerir.

Psikomotor Beceriler

Bireyin belirli bir görevi başlatabilme ve tamamlayabilme, görevin izleyeceği basamakları sırayla yapabilme yetisidir. Bu yetide gerileme görüldüğü durumlar, premotor korteks, primer motor korteks, bazal ganliyonlar ve beyin sapının zarar gördüğü durumlardır.

Yukarıda anlatılan bütün süreç, birbirleriyle entegre olarak çalıştığı zaman bilişsel işlevlerde aksaklıklar gözlenmez. Her hangi bir alanda görülen bozulma diğer alanlara da zarar verebilir (Tülek, 2014).

2.2.1.Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalığının Bilişsel İşlevselliğe Etkisi

Kronik böbrek yetmezliği vücudun çeşitli organlarını etkilediği gibi bilişsel bozulmaya da neden olur. Bilişsel bozulma kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaygındır ve sıklıkla teşhis edilememiştir. Kronik böbrek yetmezliği hastalarında bilişsel bozulma prevalansı genel popülasyona göre 2 ile 7 kat daha fazladır (Stoicea ve ark., 2011)

Hastalarda bilişsel bozulma böbrek fonksiyonlarındaki düşüşle kötülebilir (Davey ve ark., 2013). Obezite, yaşlanma, su dengesizliği, oksidatif hasar, üremi, hipertansiyon, diyabet gibi vasküler risk faktörleri ve bununla birlikte intradiyalitik hipoperfüzyon da bilişsel bozulmaya neden olabilir (Drew ve Weiner, 2014). Kronik böbrek yetmezliği bilişsel bozulmaya neden olacak bir çok risklerle ilişkisi olduğu bilinmesine rağmen, klinikte bilişsel bozulmalar sıklıkla yetersiz sayıda teşhis edilir. Kronik böbrek yetmezliği ile ilişkili bilişsel bozulma genellikle azalan yürütme işlevi ve gecikmiş bellek olarak kendini gösterir (Yaffe ve ark., 2010). Bu eksiklikler hastalarda odaklanma, planlama, yeni bilgileri akılda tutma ve optimal başarı için çok önemli olan görevleri tamamlama yeteneklerinde azalma olarak karşımıza çıkmaktadır (Sachdev ve ark., 2014; Moist ve Lok, 2017).

2.3.Psikolojik Dayanıklılık Nedir ?

Literatürde “yılmazlık” (Öğülmüş, 2001; Gürkan, 2006; Ünüvar, 2012), “psikolojik sağlamlık” (Gizir, 2004, Kararımak, 2007), “psikolojik dayanıklılık” (Basım ve Çetin, 2011; Kabakaş, 2016) ve “kendini toparlama gücü”(Terzi, 2005, Malak, 2011) olarak karşımıza çıkmaktadır.

Psikolojik dayanıklılık, bireylerin güçlerini vurgulayan bir kavramdır. Kişinin yaşamını tehdit edici olaylar karşısında göstermiş olduğu psikolojik tepkidir (Kararımak, 2007).

Psikolojik dayanıklılığın temeli esnekliktir. Bireyler bu esneklikle birlikte, karşılarına çıkan her türlü zor durumda kısa zaman içinde kendilerini toparlayabilirler (Terzi, 2005).

Psikolojik dayanıklılık kavramı tanımı için çok fazla çalışma vardır. Öğülmüş (2001), “tüm olumsuz şartlara rağmen başarıya götüren yolun bireyin niteliklerini içeren

bir kavram” demiştir. Grgan (2006), “olumlu baş etmenin sonuçları olan uyum ve yeterlilik gibi olumlu gelişmeler, gelecek için umutlu olma ile ilgilidir” diye açıklamıştır. Çeşitli tanımlamalarda, farklı Şekilde tanımlanmış olan psikolojik dayanıklılığın evrenselleşmiş ve kabul edilen net bir tanımlaması olmamasına rağmen içeriği benzerdir. Benzer olan bu özellikler; psikolojik dayanıklılığın “hayatta görülen zor yaşam koşullarında ve riskli durumlarda doğru başetme ve uyum sürecinin sağlıklı olduğu dinamik bir yapıdır” (Gizir, 2005).

2.3.1. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler

Bireylerin hayattaki zorluklarla başedebilmesi için ruhsal, duyuusal ve bilişsel olarak dirençli olabilmesi gerekir (Oruç, 2015). Psikolojik dayanıklılık kavramı bireyin bir özelliği değil, bir sürecin tanımıdır. Bu kavramı etkileyen üç değişken vardır. Bunlar ise; risk faktörleri, koruyucu faktörler ve uyum/olumlu sonuçlardır (Tümlü, 2012).

2.3.1.2. Risk Faktörleri

Risk faktörlerini, olumsuz durumların meydana gelme riskini arttıran veya gerçekleşmiş olan olumsuz durumların devam etmesine sebep olan, bireyleri negatif yönde etkileyen bireysel ve çevresel faktörler olarak tanımlayabiliriz (Kirby ve Fraser, 1997; Masten ve Reed, 2002; Kumbasar, 2016).

Risk faktörleri de “bireysel, ailesel ve çevresel faktörler” olarak üç başlıkta incelenir. *Bireysel risk faktörleri*; çevresine uyumlu olmayan ve anti-sosyal davranış, stresli mesleki hayat, erkek olma, anlaşılması zor mizaç ve kişilik davranışları ve hayati riski bulunan hastalık tanısı almış olmaktır. *Ailesel risk faktörlerinde*; aile içindeki olumsuz durumlar, alkol kullanım bozukluğu, depresyon ve kronik hastalıklar, kişinin anne babasının boşanmış olması, ailenin baskı içeren tutumu ve geçen anne tecrübesizliği sıralanabilir. Sosyokültürel düzeyinin düşük olması, düşük maddi gelir, çevrede Şiddet olaylarının yaşanması, kötü yakın arkadaş grubu, temel ihtiyaçların karşılanamaması, eksik ve oğun atlayarak beslenme vresel risk faktörlerindedir (Luthar ve ark., 2000).

2.3.1.3. Koruyucu Faktörler

Bireylerin hayatta tecrübe ve mücadele ettikleri zorluklarda, başetme becerilerini arttıran ve oluşan yeni durumda sağlıklı Şekilde uyum sağlanmasını sağlar, risklerin

gücünü düşürür veya yok eder (Bülbül, 2015). Koruyucu faktörlerde; bireysel, ailesel ve çevresel koruyucu faktörler olmak üzere üç alt boyutta incelenir.

Bireysel koruyucu faktörlerin ana kaynağı direkt olarak kişilerdir. Kişinin zekası, eğitim başarısı, gelecek planlamaları yapması, bilişsel yeteneği, yüksek benlik saygısı ve özgüveninin olması, otokontrolünün olması, espri anlayışı, iyimser davranması, empatik yaklaşabilmesi, sorumluluk sahibi olabilmesi ve iyiliksever olması gibi olumlu özellikler kişiyi karşısına çıkan zorluklara karşı korur (Öz ve Yılmaz, 2009; Parlak, 2014).

Ailesel ve çevresel koruyucu faktörler, bireyin bulunduğu toplumsal grup özellikleri, psikolojik dayanıklılığı arttırabilir. Ailenin iyi eğitim sahibi olması, yakın ilişkiler kurulmanın desteklenmesi, gelecekteki planların belirlenmiş olması, barınma ve temel sağlık ihtiyaçlarının tedarik edilmesi, okul desteği, rol model olabilecek olumlu ebeveynlerin olması bireylerin dayanıklılığını arttırır (Öz ve Yılmaz, 2009; Parlak, 2014).

2.3.1.4.Uyum/Olumlu Sonuçlar

Bireylerin zor hayat tecrübeleri olmasına karşılık, etkin başatme becerilerinin kullanılması zor deneyimleri atlatabilmesi, süreç boyunca çaba göstererek başarıyı sağlaması (Gürkan, 2006) ve bireylerin kendi gelişimlerini sağlaması psikolojik dayanıklılık düzeylerinin fazla olduğunu göstermiş olur. Yüksek psikolojik dayanıklılığı olanlar, karşılaşılan zorlu olayın şiddet düzeyini düşürebilir, durumu kendisine uyumlu duruma getirir (Şahin, 2015).

2.4. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri (Klp) Hemşireliği

Genel tıbbi hastalıklarda, bütüncül bakımın gerekliliği nedeniyle, bakımın psikososyal yönlerini sağlamak amacıyla bilime hizmet eden bu alan günümüzde kavram olarak genişletilmiştir.

KLP, Psikiyatri anabilim dalı içinde yer alır. Görev alanları bakımından bütüncül bakımda oldukça önemli bir yere sahiptir. KLP hemşireliği uygulaması ise bu bağlamda primer korumadan, müdahale ve rehabilitasyona kadar uzanan geniş bir çerçevede yer alır. KLP hemşiresi, hastanın fiziksel durumun; davranışsal, duygusal ve bilişsel yönlerini teşhis eder ve diğer disiplinlerle birlikte ortak çalışır (Ekinci ve Okanlı, 2001). KLP hemşiresinin rolleri dört ana grupta incelenmektedir (Kocaman, 2005). Bunlar; klinik, eğitim araştırma ve idari rolüdür.

Klinik Rolü; hemşirenin konsültasyon ve liyezon alanlarındaki rolüdür. Konsültasyon, iki ayrı birim arasında etkileşmeyi sağlamak amacıyla kullanılır. Konsültasyonda hemşirenin amaçları; klinikte hastaların etkili ve kaliteli psikososyal hemşirelik bakımı almalarını sağlamak, çalışan hemşirenin mesleki boyutta ve kişisel benliklerinde saygılarını arttırarak, hastalara bakım sorunlarını çözmede ve baş etmesinde yardımcı olmaktır (Kocaman, 2005; Lehmann, 1991; Robinson, 1987). Liyezon modelinde ise hemşire; oluşabilecek psikososyal sorunları erken saptamak ve bakım vermek, terapötik ortamı sağlamak, tedavi ekibi ile hasta arasında iş birliği sağlamak ve dahili hastalığı olan hastalarına bakım yapan sağlık çalışanlarına bakım verdikleri hastaların psikososyal ihtiyaçlarını tanımlayabilmek ve bakım verebilmek adına eğitim programları düzenlemektir (Kocaman, 2005).

Eğitim rolü; hastaların, ailelerinin ve sağlık personelinin eğitimini kapsar. Bu bağlamda, fiziksel hastalığa sahip hastaların ve ailelerin; hastalığa uyumuna, hastalık nedeniyle oluşan sorunlarla etkin baş etme yöntemlerinin kullanılmasına, psikiyatrik belirtilerin erken tanınabilmesine yöneliktir. Diğer taraftan; bu kliniklerde çalışan hemşirelerin, hasta ve aileleri ile etkili iletişim kurabilmeleri, hastaların gösterebileceği tepkileri tanıyabilmeleri, yas, anksiyete, kriz, intihar gibi konularda nasıl bakım verebileceği ve uygun psikososyal bakımın nasıl sağlanabileceği konularında eğitilmesini içerir.

Araştırma rolü; KLP hemşireliğine katkı sağlaması adına, değerlendirilen hastalardan toplanan verilerin, kesin ve ayrıntılı bir şekilde kaydedilerek korunması, KLP hemşiresinin araştırma rollerindedir. Hemşirelerin araştırma çalışmalarını destekler ve motive eder. Hemşireliğin gelişimi için, müdahale ve sonuç değerlendirmesi yapan araştırma sonuçlarını kullanır.

İdari rolü; Örgütlerde politika saptaması yapar, komitelere üye alımında idari pozisyondadır. Hastaların suicidal risklerinde, şiddet görülme olasılıklarında, hayat devamlılığı için kullanılan hukuki ve ahlaki çok fazla problemin gündeme alınmasında ve incelenmesinde önemli bilgiler ve önerilerde bulunabilir (Gerety,1991).

Hastaya bakımın holistik olarak sunulması, bakım ve tedavinin kalitesini arttırdığı gibi; ruhsal hastalıkların ve hasta ölümlerinin engellenmesinde, iyileşme sürecinin hızlanmasında, hospitalizasyon sürecinin azalmasına ve maliyetlerinin azalmasında etkilidir. Fakat sağlık personelinin eğitilmesinde, sağlık sistemimizin çalışma düzeni gibi pek çok alanda devam eden sıkıntılar, hasta bakımının psikososyal yönlerinin ihmal edilmesine neden olur. Bu gereksinimin sağlanması için konsültasyon liyezon hemşireliği

köprü görevi görerek bakımın bu yönünün sağlanmasında yardımcı olmaktadır (Kocaman, 2005).

Hemşireler doğrudan hasta ile iletişim kurup, etkileşim halinde olduğu için sürekli olarak hizmet veren konumdadır. Hemodiyaliz hastalarının tedavi gereği haftada 2-3 kez ünite de olması nedeniyle hastaların eğitim sürecinin sürekli ve sıkı kontrollerle takibi sağlanmalıdır. Bu sebeple hemşireler, fiziksel ve psikososyal değerlendirmeleri yaparak, risk saptama, rehabilite etme ve koruyucu faaliyetleri düzenleme konusunda anahtar rolde dirler (Hiçdurmaz 2005).



3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kronik böbrek yetmezliğine sahip olup hemodiyaliz tedavisi görmekte olan hastaların bilişsel işlevsellik ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesini ele almak amacıyla tanımlayıcı şekilde yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinde yer alan hemodiyaliz ünitesinde gerçekleştirildi. Hemodiyaliz ünitesi, Nefroloji servisinin içinde altı(6) yatak ve altı(6) hemodiyaliz cihazıyla hizmet vermektedir. Bu ünite; hastanede yatarak tedavi gören ve hemodiyaliz ihtiyacı olan, kronik böbrek yetmezliği, akut böbrek yetmezliği tanımlı hastalara ve hastanenin Acil servisinde muayene sonrası acil hemodiyaliz endikasyonu olan hastalara hemodiyaliz uygulanmaktadır.

Hemodiyaliz ünitesinde 24 saat acil hemodiyaliz ihtiyacı karşılanmaktadır. Bu ünite çalışılan hemşire sayısı 3, diyaliz teknikeri sayısı ise 3'tür. Aylık ortalama 55 hastaya hemodiyaliz uygulanmakta olup aylık ortalama hemodiyaliz seansı 318'dir. 2019 yılı verilerine göre 205 kronik böbrek yetmezliği olan hasta hemodiyaliz tedavisi almıştır. 2015-2019 yılından beri 966 kronik böbrek yetmezliği hastasına hizmet vermiştir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; kronik böbrek yetmezliği tanısı olan ve sürekli hemodiyaliz ihtiyacı olan, 18 yaş ve üzerinde bulunan Hemodiyaliz hastaları oluşturmuştur. 2019 yılı verilerine göre 205 kronik böbrek yetmezliği olan hasta hemodiyaliz tedavisi almıştır. Araştırma örnekleme güç analizi yapılarak 88 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın güven aralığı %95 olarak belirlenmiştir.

Örneklemin belirlenmesinde evren sayısı bilinen örneklem formülünden yararlanılmıştır.

Örneklem formülü;
$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

n= Örnekleme alınacak kişi sayısı

N= Evrendeki kişi sayısı

p= İncelenen olayın meydana gelme sıklığı

q= İncelenen olayın meydana gelmeme sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d= Olayın meydana gelme sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

$$n = \frac{205 * 1.96^2 * 0.001019609 * 0.998980391}{0.005^2 * 205 + 1.96^2 * 0.001019609 * 0.998980391} = 88$$

205 birimden oluşan evrende p=0,001019609 meydana gelme sıklığı baz alınarak, %95 güven düzeyinde, \pm 0,005 yanılma payı ile nihai olarak minimum 88 kişi ile görüşülmesi gerektiği sonucu elde edilmiştir.

3.4. Araştırmada Kullanılan Temel Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkeni psikolojik dayanıklılık ve bilişsel işlevsellik puanıdır. Bağımsız değişkenleri ise; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, aktif çalışma durumu, sosyal güvencesi, sosyoekonomik durum, fiziksel aktivite yapma durumu, beslenme durumu, uyku süresi, hastalığın adı, hemodiyaliz tedavisi alma süresi, hemodiyalize girme sıklığı, hemodiyaliz tedavisinin süresi, kronik hastalıklar ve kullandığı ilaçlardır.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olan
- Kronik böbrek yetmezliği tanısı olan
- Hemodiyaliz tedavisi alan
- İşitme ve görme engeli bulunmayan

- Okuryazar olan
- Psikotrop ilaç kullanmayan
- İnme, demans gibi nörolojik bir hastalığı bulunmayan

Bu koşulları sağlamayan kişiler örnekleme dahil edilmedi.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanma aşamasında literatür taranarak araştırmacının düzenlediği ‘‘Hasta Bilgi Formu’’, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının Selekler ve Cangöz (2009) tarafından yapılan ‘‘Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği’’ ve Türkçe geçerlilik çalışmasını Basım ve Çetin’ in (2011) yaptığı ‘‘Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’’ olmak üzere toplamda 3 ölçek kullanılmıştır.

3.6.1. Hasta Bilgi Formu

Bu form literatür tarandıktan sonra araştırmacı tarafından geliştirilerek oluşturulmuştur (Zhao ve ark., 2019; Joseph ve ark., 2019; Berger ve ark., 2016; Gesualda ve ark. 2017; Ak ve ark., 2015 Erken ve ark., 2019).

Form, açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşmakta ve 17 madde içermektedir. Hasta bilgi formu sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve meslek), hastalığa bağlı özellikleri ve hemodiyaliz tedavisi hakkında genel bilgilerden oluşmaktadır. Hastaların dosyasından hastalığın ilk tanı alma tarihi, hemodiyaliz alma sıklığı, hemodiyalize girme süresi gibi tedavi ile ilgili bilgiler elde edilmiştir.

3.6.2. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOCA)

Montreal Bilişsel Değerlendirme (MoCA) , hafif bilişsel bozuklukları kısa sürede taramak amacıyla geliştirilmiştir. MoCA değişik bilişsel işlevleri değerlendirmektedir. MoCA’nın hastanın durumuna göre uygulanma süresi 10 dakika olup , bu tarama testinden alınabilecek en yüksek toplam puan 30’dur. Bu ölçekte kesme puanı 21 kabul edilir ve üzerinde puan alan bireyler normal olarak değerlendirilir. MoCA ile dikkat ve

konsantrasyon, yürütücü işlevler, bellek, lisan, görsel yapılandırma becerileri, soyut düşünce, hesaplama ve yönelim alanları değerlendirilmektedir (Selekler ve ark.,2010).

İz Sürme Testi

Ölçeği uygulayan kişi katılımcıya “Lütfen bir sayı bir harf sırası ile birbirini izleyen sayı ve harfleri bir çizgi ile birleştirin. Buradan başlayın (1 rakamını işaret eder) ve 1’den A’ya, A’dan 2’ye şeklinde devam edin. Buraya gelince (E harfini işaret eder) durun” denir. Katılımcı izleyen örüntüyü başarılı çizerse 1 puan alır. Katılımcının kendi düzelttiği tüm hatalar dahil “0” puan verilir.

Görsel Yapılandırma Becerileri (Küp)

Ölçeği uygulayan kişi katılımcıya küp şeklini göstererek “ Bu şekli hızlıca aşağıdaki boşluğa çizin” denir. Aşağıdaki ölçütler için 1 puan alır.

- Çizimi üç boyutlu olması
- Tüm çizgilerin çizilmiş olmalı gerekli
- Fazla çizgi eklenmemiş olmalı
- Çizgiler paralel ve benzer uzunluklarda olmalıdır (dikdörtgenler prizması da kabul edilir) Eğer yukarıdaki ölçütlerden birinde hata varsa katılımcı 0 puan alır.

Görsel Yapılandırma Becerileri (Saat)

Ölçeği uygulayan kişi kağıdın sağ üst köşesinde bulunan boş bölgeyi işaret eder ve “Bir saat çizin. Saatin tüm rakamlarını yazın ve saat 11’ i 10 geçeyi göstereyin” denir. Katılımcıya aşağıdaki kriterden her biri için 1 puan verilir.

- *Çerçeve:* Saatin çerçevesi daire şeklinde düzgün bir biçimde çizilmiş olmalıdır. Sadece çok küçük kaymalar kabul edilir. (ör: daire kapatılırken meydana gelen hafif kayma)
- *Rakamlar:* Saatteki rakamların hepsi tam olmalıdır. Herhangi bir rakam eklenmemelidir, rakamlar saatin kadrantları esas alındığında, doğru sırada ve doğru yerde olmalıdır,

çeyrekleri gösterecek şekilde doğru yazılmış olmalı ve rakamların tümü dairenin içinde bulunmalıdır. Romen rakamları da kabul edilir.

- *Saatin kolları*: Saatin iki kolu belirtilen zamanı doğru gösterecek şekilde yerleştirilmiş, saatin kollarından akrep yelkovandan daha kısa çizilmiş, saatin kollarının birleştiği nokta saatin merkezine yerleştirilmiş olmalıdır.

Yukarıda sıralanan ölçütlerden herhangi biri karşılanmıyorsa puan verilmez.

İsimlendirme

Soldan başlayarak sırayla resimler işaret edilerek “Bana bu hayvanın ismini söyleyin” denir. Doğru cevaplar için 1 puan verilir. toplam alınacak puan 3’tür.

Bellek

Ölçeği uygulayan aşağıdaki yönergeyi verdikten sonra her kelimeyi 1 saniye ara ile okur. “Bu bir bellek (hafıza) testidir. Size bir kelime listesi okuyacağım ve bu listedeki kelimeleri şimdi ve daha sonra hatırlamanızı isteyeceğim. Dikkatle dinleyin. Okumayı bitirdiğimde hatırlayabildiğiniz kadar çok kelimeyi bana söyleyin. Kelimeleri hangi sırada söylediğiniz önemli değildir”. Katılımcının söylediği herbir kelime için ilgili kutuya bir işaret (x) koyun. Katılımcı kelimelerin hepsini doğru hatırlamış veya bazılarını ya da tamamını hatırlayamamış olsa da izleyen yönergeyi ikinci kez okuyun: “Size aynı listeyi ikinci kez okuyacağım. Hatırlamaya çalışın ve ilk denemede söylediğiniz kelimeleri de kapsayacak şekilde, bana hatırlayabildiğiniz kadar çok kelime söyleyin” denir.

İkinci denemenin ardından katılımcının hatırladığı kelimeleri ilgili kutucuğa işaret (x) koyarak belirtin. İkinci denemenin sonunda ise katılımcıya, bu kelimeleri daha sonra hatırlayacağı konusunda bilgi verilir. “Testin sonunda sizden bu kelimeleri hatırlamanızı isteyeceğim” deyin. Birinci ve ikinci denemeler için katılımcıya puan verilmez.

Dikkat

İleriye doğru sayma: Ölçeği uygulayan katılımcıya “Size bazı rakamlar söyleyeceğim, ben bitirdikten sonra, söylemiş olduğum rakamları sıra ile tekrar edin”. Beş adet rakamı saniyede bir birim olacak şekilde okunur.

Geriye doğru sayma: İzleyen yönerge verilir: “Şimdi başka sayılar söyleyeceğim, ancak bu kez ben bitirdikten sonra sayıları ters sırada tekrar edin”denir. Üç adet rakamı saniyede bir tane olmak üzere okuyun. Doğru tekrarlanmış herbir dizi için 1 puan verilir. (geriye doğru sayma için doğru cevap 2-4-7 olmalıdır).

Ölçeği uygulayan katılımcıya “Size bir dizi harf okuyacağım. A harfini her söylediğimde, elinizi masaya vurun. Eğer farklı bir harf söylersem, elinizi masaya vurmayın” denir. Ardından, harf listesini saniyede bir harf olacak şekilde ardından okur. 0-1 hata için 1 puan verilir (hata: yanlış harfte masaya vurmak ya da A harfi söylendiği halde masaya vurmamak).

Seri olarak 7’şer çıkarma: Ölçeği uygulayan katılımcıya “Şimdi sizden ben durun diyene kadar 100’den 7 çıkartarak saymanızı istiyorum” denir. Bu yönergeyi eğer gerekirse iki kez verilir. Bu madde 3 puan değerindedir. Katılımcının hiçbir doğru yanıtı yoksa 0 puan, 2-3 doğru yanıtı için 2 puan ve 4-5 doğru yanıtı için 3 puan verilir. Katılımcı 100’den başlayarak 7’şer sayarken her bir doğru yanıtı sayın. Her bir doğru yanıtı bağımsız olarak değerlendirin. Eğer katılımcı yanlış tepki verir (yanlış sayı söyler) ve bu sayıdan 7 çıkartarak doğru devam ederse, her bir doğru tepkiye 1 puan verilir. Örneğin, katılımcı “92-85-71-64” olarak saymış ise, başlangıçtaki 92 yanıtı hatalı olmasına rağmen, diğer tüm rakamlar doğru ise 92 yanıtını 1 hata olarak kabul edilip ve 3 puan verilir.

Cümle tekrarı: Ölçeği uygulayan katılımcıya “Size bir cümle okuyacağım. Ben cümleyi okuduktan sonra aynen tekrarlayın”. Şimdi söyleyin “Tek bildiğim bugün yardıma ihtiyacı olan kişinin Ahmet olduğudur.”Verilecek yanıtın ardından, “Şimdi size bir başka cümle okuyacağım, ben cümleyi okuduktan sonra aynen tekrarlayın”. “Köpekler odadayken, kedi hep kanepenin altına saklanırdı.” denir. Doğru tekrarlanmış herbir cümle için 1 puan verilir. Tekrar tam ve doğru olmalıdır. İhmal edilerek atlanmış, yerine kullanılmış, eklenmiş kelimelerden kaynaklanan hatalara dikkat edilir (örn., ihmal edilebilecek kelimeler: “tek”, “hep” , yerine geebilecek kelimeler: “gizlenirdi”, “gizlenmek” ve eklenen kelimeler: Köpekler odadayken, kedi hep kanepenin altına “korkuyla” saklanırdı).

Sözel Akıcılık: Ölçeği uygulayan katılımcıya “Sizden bir dakika içinde size biraz sonra vereceğim harfle başlayan olabildiğince çok sayıda kelime söylemenizi istiyorum. Ahmet, İzmir gibi özel isimlerle, rakamlar veya aynı kökten türetilmiş isimler dışında istediğiniz her türlü kelimeyi söyleyebilirsiniz. Bir dakika dolduğunda size dur diyeceğim. Hazır mısınız? Şimdi bana K harfi ile başlayan olabildiğince çok sayıda kelime söyleyin (60 saniye süre tutulur). Durun.” denir.

Puanlama :60 saniye içinde 11 veya daha fazla sayıda kelime üretildi ise 1 puan verilir. Katılımcının yanıtlarını test formunun altındaki boşluğa kaydedilir.

Soyut düşünme: Ölçeği uygulayan katılımcıya örnek kelime çiftleri (alıştırma maddesi) arasındaki yaygın benzerliği ayıklamasını ister. “Bana portakal ve muz arasındaki benzerliği söyleyin” der. Eğer katılımcının yanıtı istendiği gibi olmazsa, ek süre vererek, “Bana bu maddelerin başka bir benzerliğini söyleyin” denir. Eğer katılımcı istenen yanıtı (meyve) vermiyorsa, “Evet bunların ikisi de meyve” deyin. Daha fazla açıklama yapmayın. Örnek kelime çiftlerine ilişkin alıştırmadan sonra, “Şimdi bana tren ve bisiklet arasındaki benzerliği söyleyin” denir. Bu maddeye verilen yanıtın ardından, “Şimdi bana cetvel ile saat arasındaki benzerliği söyleyin” denir. Hiçbir ilave yönerge, açıklama veya ipucu verilmez. Örnek kelime çifti (alıştırma maddesi) puanlanmaz. Sadece son iki madde puanlanır. Herbir madde çiftine verilen doğru yanıt için 1 puan verilir. İzleyen yanıtlar doğru kabul edilir. tren-bisiklet: ulaşım aracı, seyahat edilir, her ikisine de binilip gezilir. cetvel-saat : ölçü araçları, ölçmek için kullanılır. İzleyen yanıtlar doğru kabul edilmez. tren-bisiklet: tekerlekleri var cetvel-saat : her ikisinde de sayılar var, sayıları vardır

Gecikmeli hatırlama: Ölçeği uygulayan katılımcıya “Size daha önce bazı kelimeler okumuştum. Sizden o kelimeleri hatırlamanızı ve söylemenizi istiyorum. Hatırlayabildiğiniz kelimeleri söyleyin.” der. Hiçbir ipucu olmaksızın spontan olarak doğru hatırlanmış herbir kelime için ilgili bölüme işaret (□) konur. Hiçbir ipucu olmaksızın doğru söylenen herbir kelime için 1 puan verilir.

Seçmeli: Gecikmeli hatırlama uygulamasının ardından, katılımcının hatırlamadığı herbir kelime için aşağıda verilen ipuçları ile katılımcı teşvik edilir. Eğer katılımcı verilen kategori ve/veya çoktan seçmeli ipuçlarının yardımı ile kelimeyi hatırlarsa, ilgili alana işaret (□) konur. Yapılan uygulama hatırlanmayan tüm kelimeler için yapılır. Eğer katılımcı ipuçlarına rağmen hala hatırlamıyorsa, izleyen yönerge verilir. “Biraz sonra

sayacağım kelimelerden hangisi daha önce sunulmuştu hatırlıyor musunuz?” BURUN-YÜZ-EL

Herbir kelime için aşağıdaki kategori ve/veya çoktan seçme ipuçlarını kullanın.

BURUN-kategori ipucu; vücut bölümü- **çoktan seçme;** burun-yüz-el.

KADİFE- kategori ipucu; kumaş türü- **çoktan seçme;** ipek-pamuklu-kadife.

CAMİ- kategori ipucu; bina türü- **çoktan seçme;** cami-okul-hastane.

PAPATYA- kategori ipucu; çiçektir- **çoktan seçme;** gül-papatya-lale.

MOR- kategori ipucu; bir renk- **çoktan seçme;** mor-mavi-yeşil.

İpucu yardımıyla hatırlanan kelimelere puan verilmez. İpuçları sadece klinik olarak bilgi edinmek ve ölçeği uygulayan kişiye bellek bozukluğunun türü hakkında ek bilgi sağlamak amacıyla kullanılır. Katılımcı ipucuyla hatırlayabiliyorsa, geri getirmeye bağlı, ipucuna rağmen hatırlayamıyorsa, kodlamaya bağlı bir bellek bozukluğu düşünülür.

Yönelim

Ölçeği uygulayan katılımcıya “Bana bugünün tarihini söyleyin.” der. Eğer katılımcı tam bir yanıt veremezse, ek olarak ‘Bana (gün, ay,yıl ve haftanın hangi günü) söyleyin” der. Ardından, “Şimdi bana bulunduğumuz yerin ve bulunduğumuz şehrin adını söyleyin” denir. Doğru herbir yanıt için 1 puan verilir. Katılımcı tarih ve yeri net ve açık (hastanenin, kliniğin, ofisin, kurumun adı) olarak söylemelidir. Katılımcı tarihin herhangi bir biriminde hata yaparsa puan verilmez.

TOPLAM PUAN: Formun en sağ sütununda listeli halde olan alt boyutların puanlarının hepsi toplanır. Alınabilecek en yüksek puan 30’dur. Toplam puanın 21 ve üzerinde olması halinde testin uygulandığı kişinin normal sınırlar içinde olduğunu gösterir.

3.6.3 Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Testi (YPDÖ, Resilience Scale for Adults)

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Friborg ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Basım ve Çetin(2011) tarafından yapılmıştır. Bu ölçekte Cronbach Alfa değeri 0,75-0,84 olarak bulunmuştur (Basım ve Çetin, 2011). Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) beşli likert tipinde sorulardan oluşup toplamda 33 maddeden meydana gelmektedir. Kişisel güç, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar olmak üzere 6 alt boyuttan oluşan ölçekte 3., 9., 15. ve 21. maddeler yapısal stil, 2., 8., 14. ve 20. maddeleri gelecek algısı, 5., 11., 17., 23., 26. ve 32. maddeleri aile uyumu, 1., 7., 13., 19., 28. ve 31. maddeler kendilik algısı, 4., 10., 16., 22., 25. ve 29. maddeler sosyal yeterlilik, 6., 12., 18., 24., 27., 30. ve 33. Maddeleri ise sosyal kaynaklar alt boyutlarını ifade etmektedir (Basım ve Çetin, 2011). Bu ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 161 en düşük toplam puan 0 olarak belirlenmiştir. Ölçek puanlama yapılırken eğer puanların artmasıyla psikolojik dayanıklılığın artması isteniyorsa, cevap kutucuklarına soldan sağa doğru 1,2,3,4,5 olarak puan verilmesi tam tersi bir durum isteniyorsa ölçekteki 1-3-4-8-11-13-14-15-16-23-24-25-27-31-33 numaralı sorular ters sorular olarak kabul edilmelidir. Bu çalışmada kesim noktası olmayan bu ölçeğin puanlarının artmasıyla psikolojik dayanıklılık düzeyinin artması modeli kullanılmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma kapsamına bir eğitim ve araştırma hastanesindeki hemodiyaliz ünitesinde hemodiyaliz tedavisi alan ve kronik böbrek yetmezliği tanısı olan hastalar alındı. Çalışmanın amacı anlatılan hastalardan sözlü ve yazılı onamlar alındı. Çalışmada soru formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak dolduruldu. Görüşmelerde sessiz bir oda kullanıldı. Anksiyete bilişsel işlevselliği olumsuz etkilediğinden hastaların anksiyete yaşamaması için değerlendirmeden birkaç gün önce ön görüşme yapıldı.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler lisanlı Statistical Package For Social Science (SPSS) 21 paket programı ile analiz edilmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri tanımlayıcı özellikler frekans ve yüzdelik(%) kullanılarak oluşturuldu. Bağımlı değişken ise MOCA ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği puan ortalamaları olarak hesaplanmıştır.

Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Kolmogorov-Smirnov dan yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan gelmediği belirtilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemeleri nedeniyle Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis H Testinden yararlanılmıştır.

Kruskal Wallis H Testinde anlamlı farklılıklar görülmesi durumunda ikili karşılaştırma testleri yapılarak farklılıklar saptanmıştır.

Değişkenler arası ilişki incelenirken normal dağılımdan gelmemeleri nedeniyle Spearman Korelasyon testi uygulanmıştır.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin ve Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden resmi yazılı izin alındı. Çalışmaya alınacak hastalara çalışmanın amacı anlatılarak gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalardan yazılı onam alındıktan sonra anketler uygulandı. Etik kurul onay belgeleri ekte sunulmuştur.

4.BULGULAR

Tablo 1: Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarının tanıtıcı özelliklerinin dağılımları

Özellikler	n	%	
Yaş (x±ss: 54,21±14,39) (min:23 max:84)	54 Altı 54 Ve Üzeri	45 45	50 50
Cinsiyet	Kadın Erkek	37 53	41,1 58,9
Eğitim Durumu	İlköğretim Lise Yüksekokul	62 16 12	68,9 17,8 13,3
Medeni Durum	Evli Bekar	66 24	73,3 26,7
Çalışma Durumu	Çalışıyor Çalışmıyor	15 75	16,7 83,3
Sosyal Güvence Durumu	Var Yok	87 3	96,7 3,3
Sosyoekonomik Durum	Gelir Giderden Az Gelir Gidere Eşit	31 59	34,4 65,6
Spor Yapma Durumu	Evet Hayır	28 62	31,1 68,9
Diyet Uygulama	Evet Hayır	66 24	73,3 26,7
Uyku Süresi	0-8 Saat 8-16 Saat	41 49	45,6 54,4
Hemodiyaliz tedavisi alma durumu(yıl)	1-3yıl 4yıl ve Üzeri	48 42	53,3 46,7
Hemodiyaliz tedavisini haftalık alma durumu	2 Kez 3kez	14 76	15,6 84,4
Hemodiyaliz tedavi süresi (saat)	3 Saat 4 Saat	16 74	17,8 82,2
Kronik Hastalık Durumu	Evet Hayır	65 25	72,2 27,8
Kronik Hastalık Sınıflandırma	En Az 1 Kronik Hastalık 2 Ve Üzeri Kronik Hastalık Yok	36 29 25	40,0 32,2 27,8
İlaç Kullanım Durumu	Evet Hayır	80 10	88,9 11,1

Çalışmaya katılanların yaş değerleri incelendiğinde, %50' sinin 54 yaş altı, %50' sinin 54 ve üzeri yaşta; Cinsiyet durumları incelendiğinde, %41,1' inin Kadın, %58,9' unun Erkek; Eğitim durumları incelendiğinde, %68,9' unun İlköğretim, %17,8' inin Lise, %13,3' ünün Yüksekokul; Medeni durumları incelendiğinde, %73,3' ünün Evli, %26,7' sinin Bekar; Çalışma durumları incelendiğinde, %16,7' sinin çalıştığı, %83,3' ünün çalışmadığı; Sosyal güvence durumları incelendiğinde, %96,7' sinin sosyal güvencesi olduğu, %3,3' ünün sosyal güvencesinin olmadığı; Sosyo ekonomik durum incelendiğinde, %34,4' ünün Gelir giderden az, %65,6' sının gelir gidere eşit; Spor yapma durumları incelendiğinde, %31,1' inin spor yaptığı, %68,9' unun spor yapmadığı; KBY diyeti uygulama durumları incelendiğinde, %73,3' ünün uyguladığı, %26,7' sinin

uygulamadığı; Hemodiyaliz tedavisini haftalık alma durumları incelendiğinde, %15,6'ının haftada 2 kez, %84,4'ünün haftada 3 kez; Hemodiyaliz tedavi süreleri incelendiğinde, %17,8'inin 3 saat, %82,2'sinin 4 saat tedavi süresi aldığı; Kronik hastalık durumları incelendiğinde, %40'ının en az bir, %32,2'sinin 2 ve üzeri ve %27,8'inin kronik hastalığı olmadığı; İlaç kullanma durumları incelendiğinde, %88,9'unun ilaç kullandığı ve %11,1'inin ilaç kullanmadığı görülmektedir.

Yaş değerleri incelendiğinde 23-84 değerleri arasında ortalama $54,21 \pm 14,39$ ile dağıldığı görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 2: Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarının bilişsel işlevsellik düzey puan ortalamalarının dağılımları

	n(90)	%
21 Puanın Altında	46	51,1
21 Puanın Üzerinde	44	48,9

Çalışmaya katılanların Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği bulunan hastaların bilişsel işlevsellik puanlarının frekans dağılımları incelendiğinde, %51,1'inin 21 puan altı, %48,9'unun 21 puan üzerinde olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 3: Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarının moca alt boyut puan ortalamalarının dağılımları

Alt Boyutlar	min	max	$x \pm ss$
Görsel Mekânsal	0	5	$2,39 \pm 1,86$
Adlandırma	0	3	$2,38 \pm 0,77$
Dikkat	0	6	$4,11 \pm 1,94$
Lisan	0	3	$1,80 \pm 1,10$
Soyut Düşünme	0	2	$0,94 \pm 0,85$
Gecikmeli Hatırlama	0	5	$1,50 \pm 1,67$
Yönelim	2	6	$5,67 \pm 1,67$
Montreal Bilişsel Değerlendirme	4	30	$18,79 \pm 6,74$

Hastaların MOCA ölçeğinden aldıkları toplam ve alt boyutlarına göre aldıkları puanlar incelenmiştir. Görsel mekânsal alt boyut puanlarının 0-5 değerleri arasında ortalama $2,39 \pm 1,86$ ile, Adlandırma alt boyut puanlarının 0-3 değerleri arasında ortalama

2,38±0,077 ile, Dikkat alt boyut puanlarının 0-6 değerleri arasında ortalama 4,11±1,94 ile, Lisan alt boyut puanlarının 0-3 değerleri arasında ortalama 1,80±1,10 ile, Soyut dūşūme alt boyut puanlarının 0,-2 değerleri arasında ortalama 0,94±0,85 ile, Gecikmeli hatırlama alt boyut puanlarının 0-5 değerleri arasında ortalama 1,50±1,67 ile, yōnelim alt boyut puanlarının 2-6 değerleri arasında ortalama 5,67±1,67 ile ve Montreal Bilişsel değerlendirme puanlarının 4-30 değerleri arasında ortalama 18,79±6,74 ile dağıldığı gōrūlmektedir (Tablo 3).



Tablo 4: Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre bilişsel işlevsellik puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

Değişkenler		Görsel Mekânsal	Adlandırma	Dikkat	Lisan	Soyut Düşünme	Gecikmeli Hatırlatma	Yönelim	MOCA Toplam
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Yaş	54 altı	3,51±1,42	2,67±1,54	4,84±1,45	2,27±0,89	1,22±0,79	1,87±1,75	5,80±0,66	22,18±5,17
	54 üstü	1,27±1,54	2,09±0,9	3,38±2,10	1,33±1,11	0,67±0,83	1,13±1,52	5,53±0,89	15,40±6,46
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-5,676	-3,299	-3,319	-3,361	-3,313	-2,038	-1,830	-4,683
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,002	0,042	0,063	0,001
Cinsiyet	Kadın	2,38±1,83	2,19±0,78	3,43±2,02	1,7±1,18	0,86±0,82	1,22±1,47	5,57±0,9	17,35±6,68
	Erkek	2,40±1,89	2,51±0,75	4,58±1,75	1,87±1,06	1±0,088	1,7±1,78	5,74±0,71	19,79±6,67
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-0,004	-2,276	-2,904	-0,606	-0,720	-1,083	-1,130	-1,708
	p	0,997	0,023	0,004	0,544	0,472	0,279	0,259	0,088
Eğitim Durumu	İlköğretim (1)	1,63±1,62	2,16±0,81	3,48±1,96	1,42±1,06	0,71±0,82	0,84±1,23	5,53±0,92	15,77±5,74
	Lise (2)	3,62±1,02	2,87±0,34	5,13±1,02	2,63±0,62	1,44±0,73	2,75±1,57	6±0	24,44±2,78
	Lisans ve Üzeri (3)	4,67±0,89	2,83±0,39	6±0	2,67±0,65	1,5±0,67	3,25±1,66	5,92±0,29	26,83±2,52
İstatistiksel Karşılaştırma	H	36,901	18,404	25,510	24,826	15,216	29,508	7,775	45,496
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,020	0,001
	İkili Karşılaştırmalar	1-2,1-3	1-2,1-3	1-2,1-3	1-2,1-3	1-2,1-3	1-2,1-3	1-2	1-2,1-3
Medeni Durum	Evli	2,15±1,83	2,33±0,83	4±1,91	1,74±1,13	0,85±0,85	1,36±1,59	5,68±0,75	18,12±6,66
	Bekar	3,04±1,81	2,5±0,59	4,42±2,04	1,96±1,01	1,21±0,83	1,87±1,85	5,63±0,92	20,62±6,75
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-1,987	-0,568	-1,162	-0,784	-1,772	-1,167	-0,19	-1,773
	p	0,047	0,570	0,245	0,433	0,076	0,243	0,985	0,076

Tablo 4: Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre bilişsel işlevsellik puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

Çalışma Durumu	Evet	4,07±1,39	2,8±0,41	5,53±1,36	2,6±0,74	1,0±0,74	2,53±2,03	5,87±0,35	25±4,83
	Hayır	2,05±1,76	2,29±0,8	3,83±1,92	1,64±1,10	0,81±0,82	1,29±1,52	5,63±0,85	17,55±6,39
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-3,899	-2,439	3,633	-3,178	-3,226	-2,279	-0,890	-4,153
	p	0,001	0,015	0,001	0,001	0,001	0,023	0,373	0,001
Ekonomik Durum	Gelir Giderden Az	1,87±1,86	2,16±0,73	2,49±0,77	4,42±1,79	1,98±1,06	1,05±0,84	5,52±0,96	16,58±7,03
	Gelir Gidere Denk	2,66±1,82	2,49±0,77	3,52±2,10	1,45±1,12	0,74±0,86	1,32±1,76	5,75±0,068	19,95±6,34
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-1,897	-2,442	-2,105	-2,166	-1,649	-0,983	-1,349	-2,190
	p	0,058	0,015	0,035	0,030	0,099	0,326	0,177	0,029
Spor Yapma Durumu	Haftada 2-3	3,29±1,70	2,71±0,46	4,96±1,48	2,32±0,77	1,43±0,74	2,04±1,88	5,82±0,39	22,57±4,88
	Hiç	1,98±1,80	2,23±0,84	3,73±2,01	1,56±1,15	0,73±0,81	1,26±1,53	5,6±0,91	17,08±6,80
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-3,116	-2,734	-2,807	-2,899	-3,618	-1,807	-0,683	-3,474
	p	0,002	0,006	0,005	0,004	0,001	0,071	0,493	0,001
Uyku Süresi	8 saat altı	1,80±1,78	2,24±0,94	4±1,96	1,73±1,07	0,85±0,88	1,51±1,65	5,78±0,47	17,93±6,72
	8 saat üzeri	2,88±1,80	2,49±0,58	4,2±1,94	1,86±1,14	1,02±0,83	1,49±1,71	5,57±0,98	19,51±6,74
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-2,703	-0,843	-0,518	-0,633	-0,948	0,141	-0,518	-1,051
	p	0,007	0,399	0,605	0,527	0,343	0,888	0,604	0,292
Hemodiyaliz Alma Durumu(yıl)	1-3 yıl	2,77±1,96	2,54±0,68	4,38±1,90	2,04±1,01	0,94±0,78	1,71±1,74	5,75±0,70	20,13±6,42
	4 yıl ve üzeri	1,95±1,65	2,19±0,83	3,81±1,97	1,52±1,15	0,95±0,94	1,26±1,58	5,57±0,89	17,26±6,85
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-2,141	-2,223	-1,488	-2,164	-0,022	-1,272	-1,143	1,912
	p	0,032	0,026	0,137	0,030	0,983	0,203	0,253	0,056
Hemodiyaliz Alma Sıklığı (Hafta)	Haftada 2	2,93±1,69	2,43±0,65	4,14±1,92	1,64±1,08	1±0,88	1,79±1,72	5,43±1,28	19,39±6,98
	Haftada 3	2,29±1,88	2,37±0,80	4,11±1,96	1,83±1,11	0,93±0,85	1,45±1,67	5,71±0,67	18,68±6,74
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-1,192	-0,12	-0,023	-0,632	-0,267	-0,797	-0,227	-0,390
	p	0,233	0,990	0,982	0,528	0,790	0,426	0,820	0,696

Tablo 4: Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre bilişsel işlevsellik puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

Hemodiyaliz Tedavi Süresi (Saat)	3 Saat	3,31±1,74	2,50±0,52	4,44±1,86	2,25±1	1,25±0,86	2,62±1,86	5,63±0,89	22±7,46
	4 Saat	2,19±1,83	2,35±0,82	4,04±1,96	1,7±1,11	0,88±0,84	1,26±1,54	5,68±0,78	18,09±6,42
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-2,223	-0,282	-0,849	-1,846	-1,572	-2,921	-0,119	-2,32
	p	0,026	0,0778	0,396	0,065	0,116	0,003	0,906	0,020
Kronik Rahatsızlık Durumu	Var	2,09±1,76	2,34±0,81	3,97±1,94	1,71±1,10	0,92±0,87	1,46±1,57	5,69±0,75	18,18±6,42
	Yok	3,16±1,93	2,48±0,71	4,48±1,94	2,04±1,10	1±0,82	1,6±1,94	5,60±0,91	20,36±7,43
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-2,5	-0,727	-1,281	-1,341	-0,407	-0,057	-0,431	-1,511
	p	0,012	0,467	0,2	0,180	0,684	0,955	0,667	0,131
Kronik Rahatsızlık Durumları	En az 1 (1)	2,58±1,76	2,56±0,61	4,17±1,84	1,92±1,08	1,03±0,88	1,56±1,52	5,78±0,54	19,58±5,95
	2 ve üzeri kronik (2)	1,48±1,57	2,07±0,92	3,72±2,02	1,45±1,09	0,79±0,86	1,34±1,65	5,59±0,95	16,45±6,64
	Yok (3)	3,16±1,93	2,48±0,71	4,48±1,94	2,04±1,10	1±0,82	1,60±1,94	5,60±0,91	20,36±7,43
İstatistiksel Karşılaştırma	H	11,722	5,707	2,246	4,746	1,383	0,369	0,734	5,701
	P	0,003	0,058	0,325	0,093	0,501	0,831	0,693	0,058
	İkili Karş.	2-3	-	-	-	-	-	-	-
Kullanılan İlaç Durumu	Var	2,25±1,78	2,38±0,80	4,04±1,96	1,75±1,07	0,93±0,85	1,43±1,62	5,7±0,75	18,46±6,49
	Yok	3,5±2,22	2,4±0,52	4,70±1,77	2,20±1,32	1,1±0,88	2,1±2,02	5,4±1,07	21,4±8,46
İstatistiksel Karşılaştırma	U	-2,168	-0,357	-1,17	-1,443	-0,615	-1,101	-0,884	-1,543
	P	0,030	0,721	0,239	0,149	0,539	0,271	0,377	0,123

Kısaltmalar: u : Mann Whitney U Test istatistik değeri

H : Kruskal Wallis H Test istatistik değeri

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre MOCA alt boyut ve toplam puanlarının dağılımları karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre;

- Yaş grupları ile görsel mekânsal, adlandırma, dikkat, lisan, soyut düşünme, gecikmeli hatırlama alt boyutları ve MOCA toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). 54 yaş altında olanların puanları anlamlı derecede yüksektir.
- Cinsiyetler ile adlandırma ve dikkat alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). Erkeklerin puanları anlamlı derecede yüksektir.
- Eğitim durumları ile görsel mekânsal, adlandırma, dikkat, lisan, soyut düşünme, gecikmeli hatırlama, yönelim alt boyutları ve MOCA toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). İlköğrenim mezunu olanların puanları lise mezunu ve lisans üzeri mezun olanların puanlarına göre anlamlı derecede düşüktür.
- Medeni durumlar ile görsel mekânsal alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). Bekar olanların puanları anlamlı derecede yüksektir.
- Çalışma durumları ile görsel mekânsal, adlandırma, dikkat, lisan, soyut düşünme, gecikmeli hatırlama alt boyutları ve MOCA toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). Çalışanların puanları anlamlı derecede yüksektir.
- Ekonomik durumlar ile adlandırma, dikkat, lisan alt boyutları ve MOCA toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). Geliri gidere denk olanların puanları anlamlı derecede yüksektir.
- Spor yapma durumları ile görsel mekânsal, adlandırma, dikkat, lisan, soyut düşünme alt boyutları ve MOCA toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). Haftada 2-3 kez spor yapanların puanları anlamlı derecede yüksektir.
- Uyku saati durumları ile görsel mekânsal alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). 8 saat ve üzeri uyuyanların puanları anlamlı derecede yüksektir.
- Yıllık hemodiyaliz alma durumları ile görsel mekânsal, adlandırma ve lisan alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

bulunmaktadır($p<0,05$). 1-3 yıldır hemodiyaliz alanların puanları anlamlı derecede yüksektir.

- Hemodiyaliz tedavi süresi (saat) ile görsel mekânsal, gecikmeli hatırlama alt boyutları ve MOCA toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). 3 saat hemodiyaliz alanların puanları anlamlı derecede yüksektir.
- Sahip olunan Kronik Rahatsızlık sayıları ile görsel mekânsal alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). 2 ve üzeri kronik rahatsızlığı olanların puanları hiç kronik rahatsızlığı olmayan kişilerin puanlarına göre anlamlı derecede düşüktür.
- Kullanılan ilaç durumları ile görsel mekânsal alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). İlaç kullananların puanları anlamlı derecede düşüktür.
- Diğer değişkenler ile bilişsel değerlendirme alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5: Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikolojik dayanıklılık alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımları

	min	max	x±ss
Kendilik algısı	7	30	22,14±5,97
Gelecek algısı	4	20	11,53±5,07
Yapısal stil	4	20	13,95±4,19
Sosyal yeterlilik	10	30	22,60±5,63
Aile uyumu	9	20	22,96±5,80
Sosyal kaynaklar	9	35	26,34±6,17
Yetişkin psikolojik dayanıklılık ölçek toplam puanı	48	157	119,54±23,90

Hastaların Psikolojik Dayanıklılık ölçeğinden aldıkları toplam ve alt boyutlarına göre aldıkları puanlar incelenmiştir. Kendilik algısı alt boyut puanlarının 7-30 arasında ortalama $2,39 \pm 1,86$, gelecek algısı alt boyut puanlarının 4-20 arasında ortalama $11,5 \pm 35,07$, yapısal stil alt boyut puanlarının 4-20 arasında ortalama $13,95 \pm 4,19$, sosyal yeterlilik alt boyut puanlarının 10-30 arasında ortalama $22,6 \pm 5,63$, aile uyumu alt boyut puanlarının 9-20 arasında ortalama $22,96 \pm 5,8$, sosyal kaynaklar alt boyut puanlarının 9-35 arasında ortalama $26,34 \pm 6,17$ ve psikolojik dayanıklılık puanlarının 48-157 arasında ortalama $119,54 \pm 23,90$ ile dağıldığı görülmektedir.

Tablo 6: Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre psikolojik dayanıklılık puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler		Kendili k algısı	Gelecek Algısı	Yapısal Stil	Sosyal Yeterlili k	Aile Uyumu	Sosyal Kaynaklar	YPDÖ Toplam
		Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Yaş	54 altı	22,96±5,56	12,49±4,72	13,93±4,28	22,78±5,27	22,18±5,47	26,56±5,66	120,89±22,03
	54 üstü	21,33±6,32	10,58±5,29	13,98±4,15	22,42±6,03	23,76±6,08	26,13±6,70	118,2±25,82
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-1,156	-1,985	-0,073	-0,150	-1,544	-0,150	-0,307
	p	0,247	0,047	0,941	0,881	0,123	0,881	0,759
Cinsiyet	Kadın	18,89±6,02	9,76±4,47	13,19±4,14	21,59±5,6	15,16±3,79	25,41±6,81	103,44±21,87
	Erkek	24,42±4,82	12,77±5,14	14,51±4,21	23,3±5,59	15,64±4,08	27±5,66	117,64±21,12
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-4,222	-2,782	-1,577	-1,395	-1,036	-1,150	-2,711
	p	0,001	0,005	0,122	0,163	0,3	0,25	0,007
Eğitim Durumu	İlköğretim (1)	21,64±6,19	10,46±5,02	13,80±4,26	22,77±5,80	23,22±6,17	26,19±6,82	118,11±25,22
	Lise (2)	23,12±5,46	13,68±3,91	14,31±4,20	21,75±5,44	22,75±5,45	26,75±4,53	122,37±21,32
	Lisans ve Üzeri (3)	23,41±5,55	14,16±5,20	14,25±4,11	22,83±5,27	21,91±4,39	26,58±4,66	123,16±20,90
İstatistiksel Karşılaştırma	H	1,169	10,173	0,116	0,557	1,124	0,060	0,356
	p	0,558	0,006	0,944	0,757	0,570	0,970	0,837
	İkili Karş.	-	1-2	-	-	-	-	-
Medeni Durum	Evli	22,39±6,2	11,45±5,06	14±4,19	22,86±5,8	15,56±4	26,32±6,41	112,4±23,71
	Bekar	21,46±5,37	11,75±5,22	13,92±4,35	21,88±5,19	15,13±3,86	26,42±5,59	110,54±18,93
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-0,954	-0,322	-0,018	-0,916	-1,052	-0,147	-0,821
	p	0,340	0,747	0,985	0,360	0,293	0,883	0,411
Çalışma Durumu	Evet	24,47±5,3	14,13±5,3	14,33±4,01	24,33±5,35	16,33±3,46	27,33±4,84	120,93±21,15
	Hayır	21,68±6,03	11,01±4,9	13,91±4,27	22,25±5,65	15,27±4,03	26,15±6,42	110,07±22,37
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-1,606	-2,161	-0,394	-1,260	-0,976	-0,299	-1,7
	p	0,108	0,031	0,693	0,208	0,329	0,765	0,089
Ekonomik Durum	Gelir Giderden Az	21,55±6,38	9,26±3,55	12,65±4,7	21,29±5,4	14,39±4,19	25,42±7,06	104,55±21,53
	Gelir Gidere Denk	22,46±5,78	12,73±5,37	14,69±3,78	23,29±5,67	16±3,73	26,83±5,65	115,83±22,08
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-0,508	-3,095	-1,877	-1,708	-2,001	-0,777	-0,370
	p	0,611	0,002	0,061	0,088	0,045	0,437	0,018

Tablo 6: Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre psikolojik dayanıklılık puan ortalamalarının karşılaştırılması

Spor Yapma Durumu	Haftada 2-3	22,64±5,88	13,21±4,89	14,79±4,34	23±5,79	15,61±3,91	25,86±4,99	115,11±22,61
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-0,491	-2,346	-1,226	-0,424	-0,110	-0,995	-0,641
	p	0,624	0,019	0,220	0,671	0,913	0,320	0,522
Uyku Süresi	8 saat altı	21,37±5,92	11,66±5,01	13,93±4,1	22,22±5,86	15,85±4,03	26,59±6,09	111,61±22,3
	8 saat üzeri	22,8±6,01	11,43±5,18	14,02±4,34	22,92±5,47	15,1±3,88	26,14±6,3	112,15±22,77
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-1,267	-0,314	-0,275	-0,593	-1,481	-0,436	-0,215
	p	0,205	0,753	0,784	0,553	0,139	0,663	0,830
Hemodiyaliz Alma Durumu(yıl)	1-3 yıl	22,96±5,45	12,02±5,42	14,55±4,17	22,96±5,11	15,4±3,81	26,75±5,16	114,4±20,48
	4 yıl ve üzeri	21,21±6,46	10,98±4,65	13,33±4,21	22,19±6,21	15,5±4,14	25,88±7,2	109,1±24,37
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-1,257	-0,954	-1,34	-0,450	-0,415	-0,146	-0,712
	p	0,209	0,340	0,182	0,652	0,678	0,884	0,477
Hemodiyaliz Alma Sıklığı(Hafta)	Haftada 2	19,29±5,8	11,86±4,5	11,14±3,16	20±5,07	13,93±4,48	24,86±8,61	101,07±23,98
	Haftada 3	22,67±5,9	11,47±5,2	14,51±4,19	23,08±5,63	15,72±3,81	26,62±5,64	113,92±21,7
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-2,015	-0,253	-2,928	-1,988	-1,317	-0,353	-1,771
	p	0,044	0,801	0,003	0,047	0,188	0,724	0,077
Hemodiyaliz Tedavi Süresi(Saat)	3 Saat	21,06±6,49	12,69±5,8	13,07±4,25	23,06±5,95	14,5±4,1	25,31±7,14	108,73±27,62
	4 Saat	22,38±5,88	11,28±4,91	14,16±4,21	22,5±5,6	15,65±3,91	26,57±5,97	112,54±21,39
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-0,685	-0,846	-1,068	-0,466	-0,925	-0,690	-0,333
	p	0,494	0,398	0,286	0,641	0,355	0,490	0,740
Kronik Rahatsızlık Durumu	Var	21,45±6,19	11,62±4,94	13,81±4,22	22,29±5,78	15,58±3,88	25,92±6,39	110,45±22,84
	Yok	23,96±5,04	11,32±5,51	14,4±4,24	23,4±5,26	15,08±4,16	27,44±5,53	115,6±21,33
İstatistiksel Karşılaştırma	u	-1,803	-0,254	-0,633	-0,746	-0,349	-0,888	-0,815
	p	0,071	0,799	0,526	0,456	0,727	0,375	0,415
Kronik Rahatsızlık Durumları	En az 1 (1)	22,67±5,28	12,14±5,24	14,51±3,53	24,06±4,85	16±3,7	27,94±4,97	117,09±17,82
	2 ve üzeri kronik (2)	19,93±6,97	10,97±4,55	12,97±4,85	20,1±6,15	15,07±4,11	23,41±7,12	102,45±25,83
	Yok (3)	23,96±5,04	11,32±5,51	14,4±4,24	23,4±5,26	15,08±4,16	27,44±5,53	115,6±21,33
İstatistiksel Karşılaştırma	H	5,16	1,217	1,791	7,845	0,891	7,928	5,168
	p	0,074	0,544	0,408	0,020	0,640	0,019	0,075
	İkili Karş.	-	-	-	1-2	-	2-1	-
Kullanılan İlaç Durumu	Var	22,29±5,86	11,46±5,09	14,33±4,13	22,7±5,48	15,65±3,81	26,48±6,04	112,75±21,25
	Yok	21±7,09	12,1±5,22	11,2±4,02	21,8±7,02	13,8±4,85	25,3±7,39	105,2±30,79

İstatistiksel Karşılaştırma	u	-0,484	-0,362	-2,292	-0,329	-1,228	-0,471	-0,783
	p	0,628	0,717	0,022	0,743	0,219	0,638	0,433

Kısaltmalar: *u* : Mann Whitney U Test istatistik değeri

H : Kruskal Wallis H Test istatistik değeri

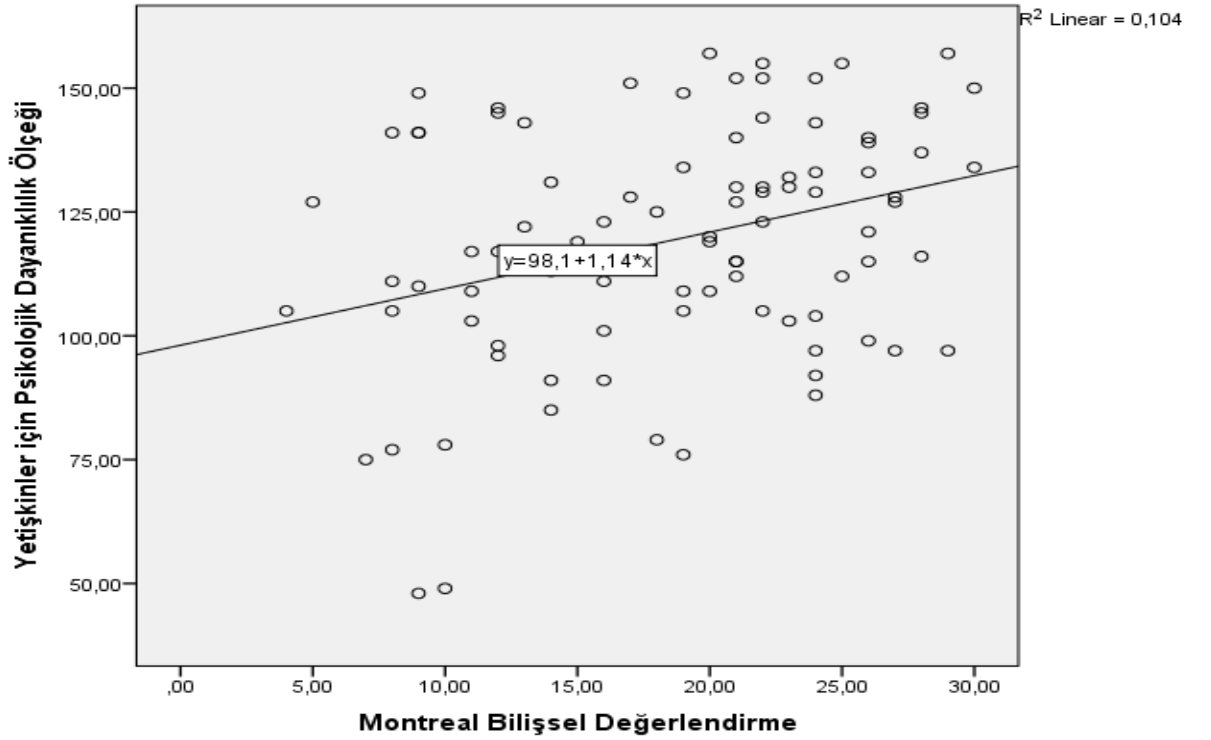
Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Psikolojik Dayanıklılık alt boyut ve toplam puanlarının dağılımları karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre;

- Yaş grupları ile gelecek algısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). 54 yaş altındakilerin puanları anlamlı derecede yüksektir.
- Cinsiyetler ile kendilik algısı, gelecek algısı alt boyut ve YPDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). Erkeklerin puanları anlamlı derecede yüksektir.
- Eğitim durumları ile gelecek algısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). İlköğretim mezunu olanların puanları lise mezunu olanların puanlarına göre anlamlı derecede düşüktür.
- Çalışma durumları ile gelecek algısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). Çalışanların puanları anlamlı derecede yüksektir.
- Ekonomik durum ile gelecek algısı, aile uyumu alt boyut ve YPDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). Gelirin gidere denk olanların puanları anlamlı derecede yüksektir.
- Spor yapma durumları ile gelecek algısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). Haftada 2-3 kez spor yapanların puanları anlamlı derecede yüksektir.
- Haftalık hemodiyaliz sıklıkları ile gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). Haftada 3 kez hemodiyaliz alanların puanları anlamlı derecede yüksektir.
- Sahip olunan kronik rahatsızlık sayıları ile sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). Kronik rahatsızlığı olmayanların puanları anlamlı derecede yüksektir.
- Kullanılan ilaç durumları ile yapısal stil alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır($p<0,05$). Düzenli ilaç kullananların puanları anlamlı derecede yüksektir.
- Diğer değişkenler ile psikolojik dayanıklılık alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır($p>0,05$).

Tablo 7: MOCA ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği arasındaki ilişkiye dair korelasyon

Correlations		
		Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği	r	,286**
	p	0,006
	N	90

Montreal Bilişsel Değerlendirme ölçek puanları ile yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Aralarındaki ilişki pozitif yönlü olup zayıf güçtedir ($r = 0,286$). Bilişsel değerlendirme puanları arttıkça psikolojik dayanıklılık puanları da artmaktadır.



Şekil 1. Korelasyona ilişkin saçılım grafiği

Tablo 8: MOCA ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin alt boyut puan dağılımlarının karşılaştırılması

		Correlations					
		Kendilik Algısı	Gelecek Algısı	Yapısal Stil	Sosyal Yeterlilik	Aile Uyumu	Sosyal Kaynaklar
Görsel Mekansal	r	0,096	,319**	0,069	-0,022	-0,132	0,046
	p	0,367	0,002	0,521	0,836	0,214	0,668
	N	90	90	90	90	90	90
Adlandırma	r	,380**	,330**	,368**	0,154	0,082	0,184
	p	0,001	0,002	0,001	0,148	0,444	0,082
	N	90	90	90	90	90	90
Dikkat	r	,397**	,420**	,229*	0,026	0,024	0,023
	p	0,001	0,001	0,03	0,807	0,825	0,833
	N	90	90	90	90	90	90
Lisan	r	,242*	,492**	,268*	0,06	-0,002	-0,049
	p	0,022	0,001	0,011	0,574	0,983	0,647
	N	90	90	90	90	90	90
Soyut Düşünme	r	,248*	,322**	0,204	0,115	0,042	0,154
	p	0,019	0,002	0,054	0,28	0,696	0,147
	N	90	90	90	90	90	90
Gecikmeli Hatırlatma	r	0,12	,365**	0,005	0,075	,223*	0,171
	p	0,26	0,001	0,963	0,48	0,035	0,107
	N	90	90	90	90	90	90
Yönelim	r	,284**	,271**	,271**	0,004	-0,028	0,061
	p	0,007	0,01	0,01	0,967	0,791	0,571
	N	90	90	90	90	90	90

Hastaların MOCA ve Psikolojik Dayanıklılık ölçeğindeki alt boyut puan dağılımları karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre;

- Görsel mekânsal alt boyut puanları ile gelecek algısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$). Aralarındaki ilişki pozitif yönlü olup gücü orta derecedir.
- Adlandırma alt boyut puanları ile kendilik algısı, gelecek algısı ve yapısal stil alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

bulunmaktadır($p<0,05$). Aralarındaki ilişki pozitif yönlü olup gücü orta derecelidir.

- Dikkat alt boyut puanları ile kendilik algısı ve gelecek algısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$). Aralarındaki ilişki pozitif yönlü olup gücü orta derecelidir.
- Dikkat alt boyut puanları ile yapısal stil alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$). Aralarındaki ilişki pozitif yönlü olup gücü zayıf derecelidir.
- Lisan alt boyut puanları ile kendilik algısı ve yapısal stil alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$). Aralarındaki ilişki pozitif yönlü olup gücü zayıf derecelidir.
- Lisan alt boyut puanları ile gelecek algısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$). Aralarındaki ilişki pozitif yönlü olup gücü orta derecelidir.
- Soyut düşünme alt boyut puanları ile kendilik algısı, gelecek algısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$). Aralarındaki ilişki pozitif yönlü olup gücü zayıf derecelidir.
- Gecikmeli hatırlatma alt boyut puanları ile gelecek algısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$). Aralarındaki ilişki pozitif yönlü olup gücü orta derecelidir.
- Gecikmeli hatırlatma alt boyut puanları ile aile uyumu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$). Aralarındaki ilişki pozitif yönlü olup gücü zayıf derecelidir.
- Yönelim alt boyut puanları ile kendilik algısı, gelecek algısı ve yapısal stil alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$). Aralarındaki ilişki pozitif yönlü olup gücü zayıf derecelidir (Tablo 8).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma; hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarında bilişsel işlevsellik ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Hastaların hasta bilgi formundaki tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde bulguların belirli özelliklerden istatistiksel olarak anlamlı etkilendiği görülmektedir (Tablo4, Tablo 6). Yaş değerleri incelendiğinde, yaş ortalaması 54,21 olan hastaların %50' si 54 yaş altı, %50' si 54 ve üzeri yaştadır. 54 yaş ve üzeri hastaların MoCA puanı 15.40 (%51,1) iken 54 yaş ve altı hastaların MoCA puanı 22,18 (%48,9)'dir. 54 yaş altında olanların puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Hastaların yaşları arttıkça MOCA puanlarının azaldığı görülmektedir. Bilişsel işlevselliğin tespiti için 116 KBY hastasıyla yapılan güncel bir araştırmada bilişsel bozukluğun %49,1 olduğu grupta yaş ortalaması 54,1'dir (Gela ve ark., 2021). Nijerya'da yapılan çalışmada bilişsel bozulma oranı %51,9 iken yaş ortalaması 39.7'dir (Williams ve ark., 2013). Çin'de yapılan araştırmada ise bilişsel bozukluk oranı %75,2 olmasına karşılık yaş ortalaması benzer çalışmalara oranla çok daha yüksektir (Wang ve ark., 2016). Joseph ve arkadaşları (2019), hemodiyaliz hastalarında bilişsel işlevselliği değerlendirdikleri çalışmalarında, yaş ortalamasını 50.32, bilişsel bozulma oranının %44 olarak tespit etmişlerdir. Gela ve arkadaşları (2021), bilişsel bozukluk gelişim riskinin 65 yaş ve üzeri KBY hastalarında 4 kat daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Hastalarda görülen bilişsel bozulma oranının yaş arttıkça sık görülmesi azalan beyin aktiviteleri ile açıklanabilir.

Çalışmamızda hastaların %41,1' inin kadın, %58,9' unun erkek olduğu görülmektedir (Tablo 1). TND 2019 verilerine göre HD tedavisi alan erkek hasta oranı %58.13, kadın hasta oranı ise %41.87'dir. Türkiye'de tüm HD tedavisi alan hastaların cinsiyet oranları ile çalışmamızdaki cinsiyet oranlarının paralel olduğu görülmektedir (Türk Nefroloji Derneği [TND], 2019). Bu çalışmada erkek hastaların adlandırma ve dikkat alanlarındaki puanları anlamlı olarak daha yüksektir. Bilişsel bozulmayı kolaylaştırıcı faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada da; kadın cinsiyetli olmanın kolaylaştırıcı faktör olduğu tespit edilmiştir (Çoban Kılınç ve ark., 2018). Tespit edilen veri sonucu, bu çalışmadaki veriyi destekler niteliktedir. Kadın rolleri düşünüldüğünde,

kadınlara ev alanında daha fazla iş paylaşımı yapılması ve fiziksel olarak daha fazla aktif olmaları zihinsel yorgunluklara neden olabilir.

Hastaların çalışma durumlarına bakıldığında ise; görsel mekansal, adlandırma, dikkat, lisan, soyut düşünme, gecikmeli hatırlama ve MOCA toplam puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 4). Joseph ve arkadaşları (2019), hemodiyaliz hastalarında bilişsel bozulmayı etkileyen faktörleri; eğitim düzeyi, gelir durumu, diyaliz süresi olarak gibi tanıtıcı özellikler olduğunu bulmuşlardır. Çalışmada hastaların eğitim düzeyi ile gecikmeli hatırlama ve yönelim alanlarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaların gelir durumu ve toplam biliş puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit etmiştir. Bu çalışmada ise gelir durumu az olan hastaların ise adlandırma, dikkat, lisan ve MoCA toplam puanları daha düşüktür (Tablo 4). Sosyoekonomik durum hastaların yaşayış tarzını, beslenmesini etkileyebileceği ve ayrıca KBY tanı ve tedavisinde gecikmeye sebep olarak, bilişsel bozukluğa neden olabileceğinden ötürü önemli olabilir (Joseph ve ark., 2019). Düzenli bir işe sahip olmadığı için, bir uğraşı ile çeşitli motor hareketlerini kullanmayan, rutin bir işleyişe sahip olmayan, düşünmek ve üretmek gibi zorunluluğu olmayan hastaların dikkat, soyut düşünme, iletişim kurabilme ve hatırlama yetenekleri etkilenmiş olabilir. Görsel alanın etkilenmesi de bu nedenlerden kaynaklanabilir.

Araştırma verilerine göre eğitim düzeyine bakıldığında; görsel mekansal, adlandırma, dikkat, lisan, soyut düşünme, gecikmeli hatırlama, yönelim ve MOCA toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 4). 2018 yılında Erdem'in yaptığı çalışmada eğitim seviyesi arttıkça bilişsel bozukluğu olan hasta sayısı azalmasına karşılık istatistiksel olarak anlamlı sınırlarda değildir (Erdem, 2018). Başka bir çalışmada ilköğretim mezunu olan hastaların, lise ve lisans üzeri mezun olan hastalara oranla daha fazla bilişsel bozulma gelişme riski olduğu tespit edilmiştir (Waldron ve ark., 2015). Literatürdeki diğer çalışmalarda ise, eğitim seviyesi düşük olan hastalarda bilişsel işlevlerde bozulma daha sık görülmektedir (Sithinamsuwan ve ark., 2005; Gesualdo ve ark., 2017; Jung ve ark., 2013) Bu çalışmada ise hastaların %68,9' unun ilköğretim, %17,8' inin lise ve %13,3' ünün yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Tablo 4' te eğitim durumları incelendiğinde MoCA ölçeğinin tüm alt boyutlarında ilköğrenim mezunu olanların puanları lise mezunu ve lisans üzeri mezun olanların puanlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni, örgün eğitimin bilişsel işlevi sürekli geliştiren gerekli bilgi, beceri ve yetkinlikleri sağlamasından kaynaklı olabileceği veya düşük eğitim seviyesinin bilişsel işlevlerden

yoksun yaşam tarzı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Parisi ve ark., 2012; Joseph ve ark, 2019). Eğitim seviyesi düşük insanların sosyal anlamda zayıf kalması, sağlıklı etkileşim kurma güçlüklerine ve dolayısıyla bilişsel işlevlerini etkilemiş olabilir.

Hemodiyaliz tedavisi süresi ile ilişkiye bakıldığında, tedavi süresi daha kısa olan hastaların görsel mekansal, gecikmeli hatırlama ve toplam MoCA puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4). Joseph ve arkadaşları (2019), hemodiyaliz tedavisi süresi ile bilişsel işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki bulmazken, dikkatin en çok etkilenen alan olduğunu tespit etmişlerdir. Gesualdo ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada bilişsel işlevsellik ile diyaliz süresi arasında zayıf bir pozitif korelasyon bulmuşlardır. Odagiri ve arkadaşlarının 2011'de yaptığı bir başka çalışmada, biliş ve diyaliz süresi arasında anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen, bu bulguların hemodiyaliz tedavisinin erken evresindeki hastalara uygulanması nedeniyle olabileceğini düşünmüştür. Hastanede geçirilen sürenin kısa olması hastalar için pozitif bir etkidir. Kendilerine ayıracağı vaktin olması, hastaların düşünmelerine, nesnelere daha doğru algılayabilmelerine ve söylenenleri hatırlamalarına fırsat vermiş olur.

Araştırma sonuçlarına göre; hemodiyalize başlama süreleri incelendiğinde, hastaların %53,3' ünün 1-3 yıldır HD tedavisi alırken, %46,7' sinin 4 yıl ve üzeri zamandır HD tedavisini aldığı belirlenmiştir. 1-3 yıldır HD tedavisi alan hastaların; görsel mekansal, adlandırma, lisan alt boyut puanları anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4). Benzer çalışmalarda da, yakın zamanda ilerlemiş KBY olan hastalarda diyalize başlamanın yürütücü işlevlerde bir azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Kurella Tamura ve ark., 2016). Uzun süreli ve sürekli tedavi alan hastaların daha az sosyal ortamlarda bulunmasıyla iletişimleri ve kelime dağarcıkları kısıtlanabilir. Nesnelere verilen isimleri bilmek ve hatırlamakta güçlük yaşamaları da bu ilişkiden kaynaklı olabilir.

Çalışmada çıkan sonuçlara göre, kronik hastalık varlığının sadece görsel mekansal alanında anlamlı farklılık bulunmuştur. MOCA toplam puanı ve psikolojik dayanıklılık puanı arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (Tablo 4). Bilişsel işlev bozukluğu prevalansı %47 olan başka bir çalışmada; KBY hastalarının daha yüksek yaş, düşük eğitim düzeyi ve diabetes mellitus gibi kronik hastalık varlığında bilişsel işlev bozulmalarının daha çok olduğu tespit edilmiştir. (Eslami Amirabadi ve ark., 2014). Hipertansiyon, diabetes mellitus, inme gibi komorbid hastalıklar, kronik böbrek

yetmezliği hastalarında bilişsel bozulma riskini arttırdığını tespit eden çalışmalar vardır (Koren-Morag ve ark., 2006; Tsagalis ve ark., 2009).

Hastaların spor yapma durumları incelendiğinde, hastaların spor yapma durumları ile görsel mekansal, adlandırma, dikkat, lisan, soyut düşünme ve MOCA toplam puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Fiziksel aktivite ile bilişselliği karşılaştıran bir meta analiz çalışmasında, yüksek düzeyde fiziksel aktiviteye sahip katılımcılarda düşük düzeyde bilişsel düşüş gözlenmiştir (Blondell ve ark., 2014). Biliş üzerindeki etkisi dışında, fiziksel aktivite birçok düzeyde faydalı olduğu gösterildiğinden hastalar fiziksel aktivite için teşvik edilmelidir (Blondell ve ark., 2014). Fiziksel aktivitesi fazla olan hastalar kendilerini daha başarılı ve zihinsel olarak daha sağlıklı görmelerine neden olmuş olabilir.

Araştırma sonuçlarına göre, psikolojik dayanıklılığın yaş ile anlamlı bir farkı bulunamamıştır. Gelecek algısı puanı 54 yaş altı hastalarda anlamlı derecede yüksektir (Tablo 6). Bu durum; hastaların ortalama yaşam süresine göre gelecek planlarını gerçekleştirecek zamanlarının kalmadığını düşüncesiyle açıklanabilir. Yapılan literatür araştırmalarında da yaş ve cinsiyetin psikolojik dayanıklılık sonuçlarını etkilemediğini görmekteyiz (Chan, 2002). Başka bir çalışmada ise yaş ile psikolojik dayanıklılık arasında az da olsa pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur (Maddi ve ark., 2006).

Bu çalışmada erkeklerin dayanıklılık toplam puanı, kendilik algısı ve gelecek algısı puanları anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 6). Literatürde psikolojik dayanıklılıkla ilgili farklı alanlarda yapılan çalışmalarda benzer ve farklı sonuçlar elde eden çalışmalar mevcuttur. Psikolojik dayanıklılık düzeyinin sporcularda incelendiği bir çalışmada ortaya çıkan sonuçlara göre, kadın sporcular erkek sporculardan daha yüksek psikolojik dayanıklılık puanı almıştır (Bülbül, 2015). Kabakaş 2016 yılında yaptığı çalışmasında ise, kadınların erkeklere oranla psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğunu bireylerin yaşları arttıkça; psikolojik dayanıklılık düzeylerinin arttığını tespit etmiştir. Dane ve Olgun (2016), hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılık durumlarını ve bu durumu etkileyen değişkenleri incelemiş, psikolojik dayanıklılığın; yaş, aile yapısı ve hemodiyalize girme sürelerinden etkilenmezken, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumu ile aralarında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmadan elde edilen verilere göre psikolojik dayanıklılık; yaş, medeni durum ve hemodiyalize girme sürelerinden etkilenmezken, cinsiyet ve ekonomik durum ile aralarında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 6).

Bu çalışmadaki sonuca göre, medeni durum ve psikolojik dayanıklılık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 6). Kronik bir hastalığa sahip bireyin biyolojik, sosyal ve psikolojik olarak ihtiyaç duyduğu desteğin sağlanmasında en güçlü etkenin aile ortamı olduğu söylenebilir. Aile içinde bulunan bireylerin; aile ortamındaki güven duygusu sayesinde korku, endişe ve kaygılarla başa çıkabilmeleri, yalnızlık duygusundan uzak, geleceğe karşı umut dolu olmaları sebebiyle psikolojik olarak dayanıklı olduklarını söyleyebiliriz (Dane ve Olgun, 2016). Dane ve Olgun (2016), çalışmalarında HD tedavisi gören evli hastaların bekar olan hastalara oranla psikolojik dayanıklılık durumlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Mevcut çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun evli (%73,3) olduğunu görmekteyiz (Tablo 1). Konuyla ilgili, Xie ve arkadaşları (2019); bilişsel bozulma oranının bekar yaşlı yetişkinler arasında daha düşük olduğunu kanıtlanmıştır.

Kukihara ve arkadaşlarının (2020), konuyla ilgili gerçekleştirdiği bir çalışmada, yüksek dayanıklılığın, daha iyi aile ilişkisine ve daha iyi zihinsel sağlıkla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda bu çalışma sonuçları, hastalarda yüksek psikolojik dayanıklılığın, ruhsal ve bilişsel iyileşmenin bir yolu olduğunu göstermiştir. Hemodiyaliz hastalarının tedavilerinde uymaları gereken bir diyet ve sınırlı sıvı tüketimi ve yüksek maliyetli ilaçlar kullanmaları gibi zor bir tedavi programı hastaların düşük tedavi uyumuna neden olabilir. Özellikle ruhsal sağlığı bozulmuş ve stresten mustarip hastalar için bu durum oldukça zordur (Kukihara ve ark., 2020). Bu durum hastanın terapötik uyumu için bir risktir (Cukor ve ark., 2009).

Brooks (2003), çalışmasında, dayanıklılığın psikolojik, sosyolojik ve fizyolojik uyumla ilişkisi olduğu belirlemiştir. Benzer şekilde, Cal ve arkadaşları (2015), dayanıklılığı yüksek olan ve kronik hastalığa sahip olan hastaların daha az depresyon, anksiyete ve somatizasyon deneyimlediklerini belirtmiştir.

Literatürde dayanıklılığın bilişsel işlevselliğe etkisini 1164 hastayla inceleyen bir çalışmada bilişsel bozukluk oranının %38,40 olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonucuna göre; bilişsel işlevlerde bozulmanın dayanıklılığın azalmasıyla ilişkisi olduğu görülmektedir. Dayanıklılığı etkileyen diğer faktörler arasında, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir durumu yer almaktadır. Düşük eğitim düzeyi ve düşük gelirin hayatta kalma krizine yol açarak zihinsel strese neden olabileceği, duygusal ve psikolojik kaynakları azaltarak başa çıkma davranışlarını azaltabileceği düşünülmektedir. Bilişsel işlevleri etkileyen faktörler ise; yaş, bekarlık durumu, düşük eğitim düzeyi ve kişinin geliridir.

Bilişsel bozulmayı tespit etmek için sosyodemografik özellikleri anlamak önemlidir. Çalışmada elde edilen verilere göre evli olmanın, düşük eğitim düzeyinin ve gelirin bilişsel işlevleri etkilediği görülmüştür (Xie ve ark., 2019). Bu sonuçlar, bilişsel bozulmanın etiyolojisi açısından eğitim düzeyi ve ekonomik durumun önemli rolüne ışık tutan Xu ve arkadaşlarının (2014), çalışmasıyla benzer sonuçlar tespit edilmiştir.

Xie ve arkadaşları (2019), dayanıklılık yoluyla bilişsel işlevlerin etkilendiği tespit etmiştir. Başka bir deyişle, dayanıklılığı yüksek olan hastalarda bilişsel işlevlerin etkilene oranı daha düşüktür. Tablo 4'te düşük eğitim düzeyi ve düşük gelirin bilişsel işlevleri etkilediğini görmekteyiz. Eğitim düzeyi ve çalışma durumları arasında MOCA toplam puanı arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Esnek davranışların güçlendirilmesi, zorlukların üstesinden gelmek için daha etkili kaynaklar geliştirerek zorluklarla başa çıkma kapasitesi artırılabilir (Xie ve ark., 2019). Bir başa çıkma tarzı olan dayanıklılık sayesinde ise bilişsel işlevselliği bozulmuş olan hastalar; yaşam aktivitelerinde daha özerk olurlar ve yaşam kaliteleri iyileştirilebilir, terapötik uyumu sağlanır (Clement- Carbonell ve ark., 2019).

Hemodiyaliz hastalarında dayanıklılığın artırılması için; bilişsel davranışçı temelli psikoeğitim çalışmaları uygulanarak, hastaların ruh sağlığının ve bilişsel işlevlerinin korunması ve iyileştirilmesi sağlanabilir (Galante ve ark., 2018; Schmidt, ve Haglund, 2017; Erden ve Eminoğlu, 2020). Genel hastane uygulamasında hastaların tıbbi tedavilerine yönelik pek çok girişim yapılırken psikososyal bakımları eksik kalabilmekte, bilişsel işlevleri ve psikolojik dayanıklılıklarının değerlendirilmesi göz ardı edilebilmektedir. Hemodiyaliz hemşirelerin psikososyal bakım yönünden hastaya verebilecek kısıtlı zamanları nedeniyle hastaların daha profesyonel ve bütüncül değerlendirilmesi konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireleri tarafından gerçekleştirilebilir. Bu çalışma, psikolojik dayanıklılığın ve bilişsel işlevlerin birbirleriyle ilişkili olduğunu kanıtlar niteliktedir. Bununla birlikte, bugüne kadar hemodiyaliz hastalarında dayanıklılık ve bilişsel bozukluk ile karşılıklı ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma vardır. Çıkan sonuçlar doğrultusunda ulusal ve uluslararası literatürde konu ile ilgili sınırlı çalışmaya ulaşılabildiğinden araştırma sonuçlarının bu doğrultuda hemodiyaliz hastalarının bilişsel işlevlerinin de değerlendirilmesi gerekliliği yönünde katkı ve referans sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuçlar

- Hastaların, %50' sinin 54 yaş altı, %50' sinin 54 ve üzeri yaşta; %41,1' inin Kadın, %58,9' unun Erkek; %68,9' unun İlköğretim, %17,8' inin Lise, %13,3' ünün Yüksekokul; %73,3' ünün Evli, %26,7' sinin Bekar; %16,7' sinin çalıştığı, %83,3' ünün Çalışmadığı; %34,4' ünün Gelir giderden az, %65,6' sının gelir gidere eşit; %31,1' inin spor yaptığı, %68,9' unun spor yapmadığı; %73,3' ünün uyguladığı, %26,7' sinin uygulamadığı; %45,6' sının 0-8 saat, %54,4' ünün 8-16 saat; %53,3' ünün 1-3 yıl, %46,7' sinin 4 yıl ve üzeri zamandır tedavi aldığı; %15,6' sının haftada 2 kez, %84,4' ünün haftada 3 kez; %17,8' sinin 3 saat, %82,2' sinin 4 saat tedavi süresi aldığı; %40' ının en az bir, %32,2' sinin 2 ve üzeri ve %27,8' inin kronik hastalığı olmadığı; %88,9' unun ilaç kullandığı ve %11,1' inin ilaç kullanmadığı,
- Hastaların, %51,1' inin 21 puan altı, %48,9' unun 21 puan üzerinde olduğu, $18,79 \pm 6,74$ kesme puanının altında kaldığı,
- Hastaların psikolojik dayanıklılık değerlendirme puanlarının 48-157 değerleri arasında ortalama $119,54 \pm 3,90$ ile dağıldığı,
- Hastalar özellikle gecikmeli hatırlama ($1,50 \pm 1,67$) boyutundan alınabilecek ortalama puanın altında puan aldığı,
- MoCA ölçeğinin altı alt boyutunda; görsel mekansal, adlandırma, dikkat, lisan, soyut düşünme ve gecikmeli hatırlama alanlarında 0 puan almış hastalar olduğu,
- Montreal Bilişsel Değerlendirme ölçek puanları ile yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Aralarındaki ilişki pozitif yönlü olup zayıf güçtedir ($r = 0,286$). Bilişsel değerlendirme puanları arttıkça psikolojik dayanıklılık puanlarının arttığı bulunmuştur.
- Görsel mekansal alt boyut puanları ile gelecek algısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$).
- Adlandırma alt boyut puanları ile kendilik algısı, gelecek algısı ve yapısal stil alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$).

- Dikkat alt boyut puanları ile kendilik algısı, gelecek algısı ve yapısal stil alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$).
- Lisan alt boyut puanları ile kendilik algısı, gelecek algısı ve yapısal stil alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$).
- Soyut düşünme alt boyut puanları ile kendilik algısı ve gelecek algısı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$).
- Gecikmeli hatırlatma alt boyut puanları ile gelecek algısı ve aile uyumu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$).
- Yönelim alt boyut puanları ile kendilik algısı, gelecek algısı ve yapısal stil alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır($p<0,05$).

Öneriler

- İleri yaş, kadın cinsiyet, eğitim durumu düşük ve gelir seviyesi düşük olanlar, bilişsel işlevsellik ve psikolojik dayanıklılık bakımından riskli grupta olması sebebiyle, risk grubundaki bu hastaların düzenli olarak bilişsel işlevselliğinin ve psikolojik dayanıklılıklarının düzenli aralıklarla değerlendirilmesi önerilir.
- Hemodiyaliz tedavisi alan KBY hastalarının bilişsel işlevlerdeki değişikliklerin ve psikolojik dayanıklılıklarının açıklanabilmesi için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Bilişsel işlevlerin mi psikolojik dayanıklılığı yoksa psikolojik dayanıklılığın mı bilişsel işlevleri etkilediği bu araştırmada araştırılmamıştır.
- Hemodiyaliz tedavisi alan KBY hastalarında bilişsel işlevselliğin psikolojik dayanıklılıkla ilişkisini inceleyen çalışmalar yapılmalıdır.
- Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireleri; hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerini olumsuz etkileyecek duyguları önlemek, bilişsel bozukluğu azaltmak, psikolojik dayanıklılığı arttırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için bu duruma etki eden faktörleri araştırmalı ve bilişsel davranışçı temelli psiko-eğitim müdahalelerle bu faktörlerin etkilerini azaltmalıdırlar.
- Hastaların hastanede olmadıkları zamanlarını daha verimli geçirmeleri için hasta ve ailesiyle planlama yaparak, hastanın kendisini daha iyi hissetmesine neden olacak aktiviteler planlanabilir.

- Bilişsel işlevlerini geliştirecek ev ödevleri verilip, hastanede hemşireye göstermesi teşvik edilebilir. Sosyal alanlarda aktif iletişim kurması desteklenerek, hastanın sosyal izolasyonu önlenir. Sonuçta kendisini hastane dışında görebilen hasta, hastalıkla daha iyi başedebilir ve bu sürekliliği sağlayacak psikolojik dayanıklılığa sahip olabilir.



KAYNAKLAR

- Aandroodi, A. Z. (2017). Yaşam Kalitesinin Yordayıcıları: Türkiye Ve İran Örneği. (YayınlanmamışDoktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Abram H.S. Repetitive Dialysis. Handbook Of General Hospital Psychiatry , Hackett T.P., Cassem N.H. First Edition Year Book Medical Publishers, Boston 1979: 343-365.
- Ahangarzade Rezaei S, Rasoli M. Psychometric Properties Of The Persian Version Of Conner Davidson Resilience Scale İn Adolescence With Cancer. The Journal Of Urmia Nursing And Midwifery Faculty. 2015; 13(9): 739-47.
- Ak, R., Ustundag, S., Ustundag, A., Guldiken, B., & Sut, N. (2015). Cognitive Dysfunction İnChronic Renal Disease: Impact Of Dialysis Modality. Turkish Nephrology Dialysis AndTransplantation Journal, 24(3), 283-293.
- Akdemir N, Birol L. (2005) İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı, Sistem Ofset 2.Baskı, Ankara 2005: 1 193–216.
- Akpolat T, Utaş C. (2001) Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı(2. Baskı.) Güzel Sanatlar Matbaası A.Ş, İstanbul, 2001: 10-30
- Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. Nefroloji El Kitabı, 4. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi. 2007:3-5.
- Akpolat T. (2009). Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, 2. Baskı, Kayseri: Türk Nefroloji Derneği Yayın Organı Anadolu Yayıncılık.1-14.
- Akpolat T, Utaş C. Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler, [Http://Www.Nefroloji.Org.Tr/Folders/File/Bobrek_Yetmezligi.Pdf](http://Www.Nefroloji.Org.Tr/Folders/File/Bobrek_Yetmezligi.Pdf). 01.09.2019.
- Alfrey A.C. (1972). Syndrome Of Dyspraxia And Multifocal Seizures Associated With Chronic Hemodialysis. Trans Am Soc Artif Intern Organs. 18: 257-260.
- Allport, A. (1989) Visual Attention, Mı Posner (Ed) Foundations Of Cognitive Science, Cambridge, Ma:Mit Press.
- Arat Z. Hemodiyaliz Hasta Ve Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu, Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi Ve Etkileyen Faktörler. Başkent Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.
- Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul Hz. (2008) Hekimler İçin Hemodiyaliz El Kitabı (1.Baskı), Güneş Tıp Kitapevi, Ankara 2008: 205-248

- Atasoy A, Atay A, Ahabab S, Hanedar M, Yenigün M. Diyabetik Nefropatiye Genel Bir Bakış. Haseki Tıp Bülteni. 2015, 53:16-19.
- Bakoğlu E, Şekerci K, Yaman S, Çevik M. Periton Diyalizli Hastalarda Öz-Bakım Gücü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009, 4(11):65-78.
- Basım, H.N. , Çetin F.; Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenirlik Ve Geçerlik Çalışması; Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22
- Berger, I., Wu, S., Masson, P., Kelly, P. J., Duthie, F. A., Whiteley, W., ... & Webster, A. C. (2016). Cognition İn Chronic Kidney Disease: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Bmc Medicine*, 14(1), 206.
- Biçer S, Şahin F, Sarıkaya Ö. (2013) Hemodiyaliz Hastalarının Yeterli Diyaliz Hakkında Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi Ve Bu Konuda Eğitilmesi. *Bozok Tıp Dergisi* 2013,3(3):36-43.
- Blondell, S. J., Hammersley-Mather, R., & Veerman, J. L. (2014). Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC public health*, 14(1), 1-12.
- Boytel, D.M. (1996). Relation Of Health Related Hardiness To Health Perception And Psychosocial Adaptation İn Adult Hispanics With Chronic Hepatitis C. *Fıu Electronic Theses And Dissertations*. 01.04.2016, [Http://Digitalcommons.Fiu.Edu/Etd/1782](http://Digitalcommons.Fiu.Edu/Etd/1782)
- Brooks, M.V. (2003). Health-Related Hardiness And Chronic Illness: A Synthesis Of Current Research. *Nursing Forum*, 38(3): 11-20. 02.04.2016, [Http://Onlinelibrary.Wiley.Com/Doi/10.1111/J.0029-6473.2003.00011.X/Pdf](http://Onlinelibrary.Wiley.Com/Doi/10.1111/J.0029-6473.2003.00011.X/Pdf)
- Brooks, M.V. (2005). Health-Related Hardiness And Psychosocial Adaptation İn Individuals With Inherited Bleeding Disorders And Other Chronic Illnesses. Doctor Of Philosophy. University Of Hawaii At Manoa. 03.04.2016, [Https://Scholarspace.Manoa.Hawaii.Edu/Handle/10125/22046](https://Scholarspace.Manoa.Hawaii.Edu/Handle/10125/22046)
- Bugnicourt Jm, Godefroy O, Chillon Jm, Et Al. (2013) Cognitive Disorders And Dementia İn Ckd: The Neglected Kidney-Brain Axis. *J Am Soc Nephrology* 2013;24(3):353-63.
- Bülbül, A. (2015). Tenis Ve Basketbol Sporcularının Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri İncelemesi Ve Karşılaştırması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gedik Üniversitesi, İstanbul.
- Cal, S.F., Riberio De Sa, L. Glustak, M.E., Santiago, M.B. (2015). Resilience İn Chronic Diseases: A Systematic Review. *Cogent Psychology*, 2: 1-9. 05.04.2016, [Http://Www.Tandfonline.Com/Doi/Full/10.1080/23311908.2015.1024928](http://Www.Tandfonline.Com/Doi/Full/10.1080/23311908.2015.1024928)
- Can H, Karakaş S. (2005) Bilişsel Süreçlerde Alzheimer Tipi Demansa Bağlı Değişiklikler, *Klinik Psikiyatri*, 2005;8, S:37-47.
- Chan D. W. (2002). Stress, Self-Efficacy, Social Support, and Psychological Distress Among Prospective Chinese Teachers in Hong Kong. *Educational Psychology*, 22(5), 557-569.
- Chandraker A, Yeung My. Overview Of Care Of The Adult Kidney Transplant Recipient. [Https://Www.Uptodate.Com/Contents/Overview-Of-Care-Of-The-Adult-Kidney-](https://Www.Uptodate.Com/Contents/Overview-Of-Care-Of-The-Adult-Kidney-)

Transplantrecipient. 3 Eylül 2019.Coles Me, Heimberg Rg. (2002) Memory Biases İn The Anxiety Disorders: Current Status. Clin Psychol Rev 2002; 22:587-627.

- Clement-Carbonell, V., Ferrer-Cascales, R., Ruiz-Robledillo, N., Rubio-Aparicio, M., Portilla Tamarit, I., & Cabañero-Martínez, M. J. (2019). Differences in Autonomy and Health Related Quality of Life between Resilient and Non-Resilient Individuals with Mild Cognitive Impairment. *International journal of environmental research and public health*, 16(13), 2317.,
- Crabb Bt, Dark Vj. (1999) Perceptual İmPLICIT Memory Requires Attentional Encoding, *Memcognit*, 1999; 27 (2): 267-275.
- Cukor D, Rosenthal DS, Jindal RM, Brown CD, Kimmel PL. Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney Int*. 2009;75:1223–9.
- Çamsarı T. (1997) Diyaliz Yeterliliği. *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*, Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri 1997; 109-14.
- Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D. Bir Üniversite Hastanesinde Hemodiyaliz Ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Depresyon, Anksiyete Düzeyleri Ve Stresle BaşaÇıkma Tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2008, 45(3):78-84.
- Çoban Kılınç, V., Üstündağ, S., Üstündağ, A., & Süt, N. (2018). Son Dönem Kronik Böbrek Hastalarında Altı Aylık Hemodiyaliz Tedavisinin Kognitif Fonksiyona Etkisi. *Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi*, 27(2), 178-188.
- Dane, E., Olgun, N. (2016). Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1:44-55.
- Davey A, Elias Mf, Robbins Ma, Et Al. (2013) Decline İn Renal Functioning İs Associated With Longitudinal Decline İn Global Cognitive Functioning, Abstract Reasoning And Verbal Memory. *Nephrol Dial Transplant* 2013;28(7):1810–9.
- Demir B, Göğüş A, Savaşır I. (2000) Depresyon Hastalarında I. Bilişsel İşlevler. *Turk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11:179-189.
- Dogukan A, Guler M, Yavuzkir Mf, Tekatas A, Poyrazoglu Ok, Aygen B, Gunal Aı, Yoldas Tk (2009) The Effect Of Strict Volume Control On Cognitive Functions İn Chronic Hemodialysis Patients. *Ren Fail* 2009;31:641-646
- Dolar E(Ed).(2005) İç Hastalıkları, Nobel Tıp Kitapevleri, Bursa, 2005
- Dolgun E, Dönmez Yc. Hastaların Ameliyat Öncesi Döneme Ait Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanat Dergisi*. 2010, 3(3):10-5.
- Drew Da, Weiner De. (2014) Cognitive İmpairment İn Chronic Kidney Disease: Keep Vascular Disease İn Mind. *Kidney Int* 2014;85(3):505–7.
- Ekinci M, Okanlı A. (2001) Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:4, Sayı:2.

- Enç, N. Ve Uysal, H. (2014). Diyaliz Tedavisi Ve Hemşirelik Bakımı. İçinde Enç, N. (Ed.). İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi 50. Yıl Yayınları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 248-257.
- Erden, S.,& Eminoğlu, Z. (2020). Bilişsel Davranışçı Temelli Psiko-Eğitim Programının Psikolojik Dayanıklılık Ve Duygu Düzenleme Üzerindeki Etkisi. *Opus Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 15(21), 555-582.
- Erdem, S. (2018) Diyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Kognitif Fonksiyonlar İle Depresyon Arasındaki İlişki, *Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri*.
- Eriksson J, Vogel Ek, Lansner A, Bergström F, Nyberg L. (2015) Neurocognitive Architecture Of Working Memory, *Neuron*, 2015 Oct 7;88(1):33-46, Doi No: 10.1016/J.Neuron.2015.09.020.
- Erken, E., Güzel, F. B., Akkuş, G., Güngör, Ö., & Altınören, O. (2019) Genç Erişkin Hemodiyaliz Hastalarında Kırılabilirlik Ve Kognitif Bozukluk A Arasındaki İlişki. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 82(2), 1-2.
- Eslami Amirabadi, M., Hosein, D. K., Nasrollahi, A., Norouziyan, M., Bozorg, B., Amjadi Kivi, S. M., & Salamati, S. M. (2014). Cognitive dysfunction in hemodialysis patients and its related factors. *Research in Medicine*, 38(1), 53-59.
- Estaji Z, Hejazi S, Tabarraie Y, Saedi M. The Effects Of Training Through Text Messaging Via Cell Phones On The Compliance Of Patients Undergoing Hemodialysis. *Journal Of North Khorasan University Of Medical Science*. 2016; 8 (2): 203-13. Doi: 10.18869/Acadpub.Jnkums.8.2.203.
- Freire De Medeiros Cm, Arantes Ep, Tajra Rd, Santiago Hr, Carvalho Af, Libório Ab. Resilience, Religiosity And Treatment Adherence İn Hemodialysis Patients: A Prospective Study. *Psychol Health Med*. 2017; 22(5): 570-7. Doi: 10.1080/13548506.2016.1191658. Pmid: 27249545.
- Friborg O, Barlaug D, Martinussen M Ve Ark. (2005) Resilience İn Relation To Personality And Intelligence. *Int J Methods Psychiatr Res*, 14(1):29-42.
- Fuster Jm. (2009) Cortex And Memory: Emergence Of A New Paradigm, *J. Cogn. Neurosci.*, 21, S: 2047-2072.
- Galante, J., Dufour, G., Vainre, M., Wagner, A. P., Stochl, J., Benton, A., ... & Jones, P. B. (2018). A Mindfulness-Based İntervention To İncrease Resilience To Stress İn University Students (The Mindful Student Study): A Pragmatic Randomised Controlled Trial. *The Lancet Public Health*, 3(2), E72-E81.
- Gela, Y. Y., Getu, A. A., Adane, A., Ayal, B. M., Akalu, Y., Ambelu, A., ... & Yeshaw, Y. (2021). Cognitive Impairment and Associated Factors Among Chronic Kidney Disease Patients: A Comparative Cross-Sectional Study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 1483.
- Gerety Fk. (1991). *Psychiatric Consultation Liaison Nursing. Psychiatric Mental Health Nursing*. Editör: Mcfarland Gk, Thomas Md, With 87 Contributors From The U.S. And Canada J.B. Lippincott Company, Philadelphia.
- Gerino, E., Rollè, L., Sechi, C., & Brustia, P. (2017). Loneliness, Resilience, Mental Health, And Quality Of Life İn Old Age: A Structural Equation Model. *Frontiers İn Psychology*, 8, 2003.

- Gesualdo, G. D., Duarte, J. G., Zazzetta, M. S., Kusumota, L., Say, K. G., Pavarini, S. C. I., & Orlandi, F. D. S. (2017). Cognitive Impairment Of Patients With Chronic Renal Disease On Hemodialysis And Its Relationship With Sociodemographic And Clinical Characteristics. *Dementia & Neuropsychologia*, 11(3), 221-226.
- Gizir, C. A. (2005). Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri Ve Koruyucu Faktörler Üzerine Bir Derleme Çalışması. *Türk Pdr Dergisi*, 28,113-128.
- Gözmen Şk, Olukman Ö, Çelik K, Çalkavur Ş, Arslanoğlu S, Serdaroğlu S. Yenidoğan Döneminde Etkin Bir Renal Replasman Tedavisi Yöntemi: Akut Periton Diyalizi. *Jinekoloji - Obstetrik Ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2017, 14(1):18-21.
- Greene Jdw, Hodges Jr, Baddeley Ad. (1995) Autobiographical Memory And Executive Function İn Early Dementia Of Alzheimer Type, *Neuropsychologia*, 1995, 33, S:1647-1670.
- Günal Sy, Üstündağ B, Günal Ai. Kby'li Hastalarda, Farklı Hipertansif Tedavi Yöntemlerinin Endotelial Fonksiyonlara Olan Etkisinin Biyokimyasal Parametrelerle İncelenmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi*. 2010, 19:17-22.
- Gürgen, U. (2006). Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Yılmazlık Düzeylerine Etkisi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Hacımusalar Dg. (2005) Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerin Bakım Sorumluluğunu Üstlenen Yakınlarının Yaşadığı Sorunların Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2005: 77.
- Hejazi Ss, Nikbakht Sh, Nasiri Zarrin Ghabaee D, Akaberi A, Nazari Sheyhaki A. Hope İn Caregivers And Hemodialysis Patients. *Journal Of North Khorasan University Of Medical Sciences*. 2014; 6(4): 807-17.
- Hiçdurmaz D.: Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Baş Etme Biçimlerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005.
- Hill Nr, Fatoba St, Oke Jl, Hirst Ja, O'callaghan Ca, Lasserson Ds, Hobbs Fd. Global Prevalence Of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review And Meta-Analysis. *Plos One*. 2016, 6;11(7):E0158765.A
- House A. (1989). Psychiatric Referrals From A Renal Unit: A Study Of Clinical Practice İn A British Hospital. *J Psychosom Res*;33: 363-372.
- Hunter AJ. A Cross-cultural comparison of resilience in adolescents. *J Pediatr Nurs* 2001; 16:172-179.

- Hussebye D.G., Westlie L., Thomas J.S.(1987). Psychological, Social And Somatic Prognostic Indicators İn Old Patients Undergoing Long-Term Dialysis. Archives Of Internal Medicine.147:1921-1924.
- Joseph, S. J., Bhandari, S. S., & Dutta, S. (2019). Cognitive Impairment And İts Correlates İn Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Haemodialysis. Journal Of Evolution Of Medical And Dental Sciences, 8(36), 2818.
- Jung S, Lee YK, Choi SR, et al. Relationship between cognitive impairment and depression in dialysis patients. Yonsei Med J 2013;54(6):1447-53.
- Kabakaş, B. (2016). Kronik Böbrek Yetmezliği Olup Hemodiyaliz Alan 20-65 Yaş Arası Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin, Bireylerin Mutluluk Düzeyleri Ve Yakın İlişkilerdeki Yaşantıları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Kalender B, Erdoğan Ms, Şengül E, Serdengeçti K, Ereğ E, Yılmaz A. (2002) Hemodiyaliz Hastalarında Beslenme Durumu Ve Diyaliz Yeterliliği Arasındaki İlişki. Cerrahpaşa Tıp Dergisi 2002; 33(4): 223-30.
- Kalman T.P., Wilson P.G., Kalman C.M. (1983). Psychiatric Morbidity İn Long-Term Renal Transplant Recipients And Patients Undergoing Hemodialysis. Jama; 250:55-58.
- Kandel, E.R., Kupfermann, I., Iversen, S., Learning And Memory, Principles Of Neurscience, 4th Edition, Editor: Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.M., 2000, S:1228-1246.
- Karabulutlu Yılmaz E, Okanlı A. (2011) Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;14(4):25-30.
- Karakovan A, Eti-Aslan F. (2010) Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Adana, Nobel Kitapevi, 2010:905-919.
- Kararımak, Ö. (2007). Investigations Of Personal Qualities Contributing To Psychological Resilience Among Earthquake Survivors: A Model Testing Study. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Karakaş S. (1997) Descriptive Framework For Information Processing: An Integrative Approach, Int J Psychophysiol., 1997, Jun;26(1-3), S:353-68.
- Karakaş S, Karakaş M. (2000) Yönetici İşlevlerin Ayrıştırılmasında Multidisipliner Yaklaşım: Bilişsel Psikolojiden Nöroradyolojiye, J Clinpsy., 2000; 3(4), S: 215-227.
- Karakaş S. (2004) Bilnot Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik Testler İçin Araştırma Ve Geliştirme Çalışmaları, Ankara: Dizayn Yayınları.

- Kasper D, Fauci As, Hauser SI, Longo DI, Jameson JI, Loscalzo J. Harrison's Principles Of Internal Medicine: Mcgraw-Hill Professional Publishing; 2018:50-180.
- Kıdak Lb. Proactive Management Approach İn Prevention Of Kidney Transplantation. Understanding The Complexities Of Kidney Transplantation: Pp.25-26, Intech; 2011.
- Kılıç Bg. (2002) Yönetici İşlevler Ve Dikkat Süreçlerine İlişkin Kuramsal Modeller Ve Nöroanatomik Klinik Psikiyatri, 2002;5,S:105-110.
- Kıran, F. (2016). Hemodiyaliz Hastalarının Hayat Kalitesine Etkilerinin Ölçülmesi (Master's Thesis, Namık Kemal Üniversitesi).
- Kirby, L.D., Fraser, M.W. (1997). Risk And Resilience İn Childhood. In M.Fraser (Ed.), Risk And Resilience İn Childhood. (Pp. 10-33) Washington, Dc: Nasw Press.
- Kocaman N. (2005) Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Ve Rolü Nedir?, Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt:8, Sayı:3.Köse, B. G. (2018) Hemodiyaliz Hastalarındaki Psikiyatrik Semptomlar Ve Etkileyen Faktörler. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 4(7), 207-222.
- Koren-Morag, N., Goldbourt, U., & Tanne, D. (2006). Renal dysfunction and risk of ischemic stroke or TIA in patients with cardiovascular disease. *Neurology*, 67(2), 224-228.
- Kukihara, H., Yamawaki, N., Ando, M., Nishio, M., Kimura, H., & Tamura, Y. (2020). The Mediating Effect Of Resilience Between Family Functioning And Mental Well-Being İn Hemodialysis Patients İn Japan: A Cross-Sectional Design. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 18(1), 1-8.
- Kumbasar, A. (2016). İşitme Engelli Ve Engelli Olmayan Çocuklara Sahip Ailelerde Sosyal Destek Algısı, Yılmazlık Ve Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Kurella Tamura, M., et al., Cognitive function before and after dialysis initiation in adults with chronic kidney disease. *Kidney Int.*, 2016.
- Kurella Tamura, M., et al., Metabolic Profiling of Impaired Cognitive Function in Patients Receiving Dialysis. *J Am Soc Nephrol*, 2016. 27(12): p. 3780-3787.
- L. C. Lee, "Theoretical Basis For Medical Counseling To Diseases Adapt The Theory," *Counseling And Guidance*, Vol. 250, No. 2, Pp. 42-49, 2006.
- Lehmann Fg. (1991) Psychiatric Liaison Nursing: A Consultation Model. Principles And Practice Of Psychiatric Nursing. Editör: Stu Art Gw, Sundeen Sj, Fourth Edition, Mosby Year Book, St. Louis.

- Levenson J.L., Glocheski S. (1991). Psychological Factors Affecting End-Stage Renal Disease. A Review: Psychosomatics. 32 (4):382-389.
- Levy N.B. Chronic Renal Disease, Dialysis And Transplantation. Principles Of Medical Psychiatry, Stoudemire A., Fogel B.S. Grune And Stratton, Orlando 1987:583-594.
- Lishman W.A.(1987). Organic Psychiatry, Second Edition Blackwell. Oxford. 327-345.
- Lok P. Stresor, Coping Mechanism And Quality Of Life Among Dialysis Patients İn Australia. Journal Of Advanced Nursing, 23: 873-881, 1996.
- Luthar S.S., Cicchetti D., & Becker B. (2000). Research On Resilience: Response To Commentaries. Lhild Development, 71(3), 573-575.
- Maddi S. R., Harvey R. H., Khoshaba D. M., Lu J. L., Persico M., & Brow M. (2006). The Personality Construct of Hardiness, III: Relationships With Repression, Innovativeness, Authoritarianism, and Performance. Journal of Personality, 74(2), 575-598.
- Madero M, Gul A, Sarnak Mj (2008) Cognitive Function İn Chronic Kidney Disease. Semin Dial 2008;21:29-37
- Malak, K. (2011). Üniversite Öğrencilerinin Kendini Toparlama Gücü İle Duygusal Zeka Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Masten, A. S. & Reed, M.J. (2002). Resilience İn Development. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.). The Handbook Of Positive Psychology. Oxford University Press.
- Mcdermott, L. M., & Ebmeier, K. P. (2009). A Meta-Analysis Of Depression Severity And Cognitive Function. Journal Of Affective Disorders, 119(1-3), 1-8.
- Mehta, M. H., Grover, R. L., Didonato, T. E., & Kirkhart, M. W. (2019). Examining The Positive Cognitive Triad: A Link Between Resilience And Well-Being. Psychological Reports, 122(3), 776-788.
- Mehtap, T. A. N., Okanlı, A., Karabulutlu, E., & Erdem, N. (2005). Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(2), 32-39.
- Meléndez, J. C., Satorres, E., Redondo, R., Escudero, J., & Pitarque, A. (2018). Wellbeing, Resilience, And Coping: Are There Differences Between Healthy Older Adults, Adults With Mild Cognitive İmpairment, And Adults With Alzheimer-Type Dementia?. Archives Of Gerontology And Geriatrics, 77, 38-43.

- Mesulam, Mm. (2004) Davranışsal Ve Kognitif Nörolojinin İlkeleri 2. Baskı (Çev. Ed. Gürvit İh). Yelkovan Yayınları, İstanbul, 2004. S: 260- 293.
- Mirsky Af, Pascualvaca Dm, Duncan Cc, Louis Mf. (1999) A Model Of Attention And İts Relation To Adhd. Researchreviews, 1999, 5, S:169-176, Doi No: 10.1002/(Sici)1098-2779(1999)5:3<169::Aid-Mrdd2>3.0.Co;2-K.
- Moist L.M., Lok C.E. Incident Dialysis Access İn Patients With End-Stage Kidney Disease: What Needs To Be İmproved Semin Nephrol, 37 (2) (2017), Pp. 151-158.
- Mok E, Tam B. (2001) Stressors And Coping Methods Among Chronic Haemodialysis Patients İn Hong Kong. J Clin Nurs 2001; 10:503-511.
- Murray Am, Tupper De, Knopman Ds, Gilbertson Dt, Pederson Sl, Li S, Smith Ge, Hochhalter Ak, Collins Aj, Kane Rl (2006) Cognitive İmpairment İn Hemodialysis Patients İs Common. Neurology 2006;67:216-223.
- Muz, G. Ve Eğlence, R. (2013). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü Ve Öz Yeterliliğın Değerlendirilmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1), 15-21.
- National Kidney F. K/Doqı Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification And Stratification. Am J Kidney Dis, 39(2): 1-266, 2002.
- Noghan, N., Akaberi, A., Pournamdarian, S., Borujerdi, E., & Hejazi, S. S. (2018). Resilience And Therapeutic Regimen Compliance İn Patients Undergoing Hemodialysis İn Hospitals Of Hamedan, Iran. Electronic Physician, 10(5), 6853.
- Odagiri G, Sugawara N, Kikuchi A, et al. Cognitive function among hemodialysis patients in Japan. Ann Gen Psychiatry 2011;10:20.
- Oruç, E. (2015). Pozitif Psikolojik Sermayenin Politik Davranışlara Etkisi: Akademisyenler Üzerine Bir Araştırma. Doktora Tezi. Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Osberg J.W., Meares G.J., Mckee D.C.M. (1982). Intellectual Functioning İn Renal Failure And Chronic Dialysis. Journal Of Chronic Diseases.35: 445-457.
- Oymak O. Hipertansiyon Ve Böbrek. Türkiye Klinikleri Journal Of Internal Medical Sciences. 2007, 3(38):33-7.
- Öğülmüş, S. (2001,Mart). Bir Kişilik Özelliği Olarak Yılmazlık. 1. Ulusal Çocuk Ve Suç Sempozyumu: Nedenler Ve Önleme Çalışmaları'na Sunulan Bildiri, Ankara.

- Öktem, Ö. (2003) Alzheimer Hastalığının Erken, Orta Ve İleri Dönemlerinde Genel Kognitif Profil. Karakaş, C.,İrkeç, N Yüksel (Ed). Beyin Ve Nöropsikoloji, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2003, S:101-111.
- Öktem Ö, Bahar Zk, Aktin E. (2019) Afazi Apraksi Agnozi, Sinir Sistemi Semiyolojisi 13, S:85-92,Http://Www.İtfnoroloji.Org /Semi2/Agnozi.Htm, Güncellenme Tarihi:25.02.2019.
- Önsöz S. (2007) Hemodiyaliz Hastalarının Yaşadığı Semptomların Yorgunluk Üzerine Etkisi. Bitirme Tezi, 2007, İzmir
- Öz, F. Ve Bahadır Yılmaz, E. (2009). Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlık. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 82-89.
- Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik Ve Psikososyal Yönleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 14(1): 72-80, 2003.
- Özer F.G, Beydağ D.T, Cengiz Ş, Kiper S. (2009) Hemodiyalize Giren Hastaların Umutsuzluk Düzeyleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009;4(10):123-36.
- Parisi, J. M., Rebok, G. W., Xue, Q. L., Fried, L. P., Seeman, T. E., Tanner, E. K., ... & Carlson, M. C. (2012). The role of education and intellectual activity on cognition. Journal of aging research, 2012.
- Parlak, S. (2014). Yüksek Öğretim Kredi Yurtlar Kurumunda Barınan Kız Öğrencilerin Yaşam Anlam Düzeyleri İle Psikolojik Dayanıklılıkları Arasındaki İlişki (İstanbul Örneği). Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Pendse S., Singh A., Zawada E. (2007). Initiation Of Dialysis İn Handbook Of Dialysis, 4th Ed, Daugirdas, J.T., Blake P.G., Ing T.S. (Eds). Lippincott Williams& Wilkins, Philadelphia.274-286.
- Pisoni Rl, Wikström B, Elder Sj, Akizawa T, Asano Y, Keen Ml, Saran R, Mendelssohn Dc, Young Ew, Port Fk. Pruritus İn Haemodialysis Patients: İnternational Results From The Dialysis Outcomes And Practice Patterns Study (Dopps). Nephrol Dial Transplant. 2006, 21(12):3495-3505.
- Plantinga Lc, Boulware Le, Coresh J, Stevens La, Miller Er, Saran R, Messer Kl, Levey As, Powe Nr. Patient Awareness Of Chronic Kidney Disease: Trends And Predictors. Archives Of Internal Medicine. 2008, 168(20):2268-2275.
- Rakowski Da, Caillard S, Agodoa Ly, Abbott Kc (2006) Dementia As A Predictor Of Mortality İn Dialysis Patients. Clin J Am Soc Nephrol 2006;1:1000-1005

- Rastogi A, Linden A, Nissenon Ar. (2008) Disease Management In Chronic Kidney Disease. *Advances In Chronic Kidney Disease* 2008; 15(1): 19-28.
- Robinson L. (1987) Psychiatric Consultation-Liaison Nursing Psychiatric Consultation Liaison Doctoring: Similarities And Differences. *Archives Of Psychiatric Nursing*. 2: 73- 80.
- Ruso S, Peripato G, Pavarini S, Inouye K, Zazzetta M, Orlandi F. (2014) Quality Of Life Spirituality, Religion And Personal Beliefs Of Adult And Elderly Chronic Kidney Patients Under Hemodialysis. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2014; 22 (6):911-917
- Sachdev P.S., Blacker D, Blazer D.G., Et Al. Classifying Neurocognitive Disorders: The Dsm-5 Approach *Nat Rev Neurol*, 10 (11) (2014), Pp. 634-642
- Schmitt Aj, Benton D, Kallus Kw. (2005) General Methodological Considerations For The Assessment Of Nutritional Influences On Human Cognitive Functions, *European Journal Of Nutrition* 44(8):459-64.
- Schmidt, M., & Haglund, K. (2017). Debrief In Emergency Departments To Improve Compassion Fatigue And Promote Resiliency. *Journal Of Trauma Nursing*, 24(5), 317-322.
- Schnaper Hw. *Pathophysiology Of Progressive Renal Disease*. Ed: Avner Ed, Harmon We, Niaudet P, Yoshikawa N, Emma F, Goldstein Sl. *Pediatric Nephrology*. Pp. 2171–22064, Springer, Berlin, 2016.
- Selekler K, Cangöz B, Uluç S. (2010) Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (Mobicid) İn Hafif Bilişsel Bozukluk Ve Alzheimer Hastalarını Ayırt Edebilme Gücünün İncelenmesi, *Turkish Journal Of Geriatrics* 2010; 13 (3) 166-171.
- Sergeant Ja. (1995) *A Theory Of Attention: An Information Processing Perspective*.
- Sevinç, M., Ortaboz, M., & Ünsal, A. (2019). Periton Diyalizi Fizyolojisi Ve Yöntemleri. *Turkiye Klinikleri Nephrology-Special Topics*, 12(2), 1-5.
- Seyahi N. 2017. Türk Nefroloji Derneği 2017 Yılı Türk Böbrek Kayıt Sistemi Raporu, Türk Nefroloji Derneği, Tnd Böbrek Kayıt Kurulu.
- Sezer S, Külah E, Özdemir F. Hipertansiyonun Renal Komplikasyonlar Ve Böbrek Hastalığının Progresyonundaki Rolü. *Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi*. 2003, 12(2):67-73.
- Soykan A, Boztaş H, Kutlay S, Ince E, Aygor B, Ozden A, Et Al. (2004) Depression And Its 6-Month Course In Untreated Hemodialysis Patients: A Preliminary Prospective Follow-Up Study In Turkey. *Int J Behav Med* 2004; 11:243-246.

- Silva St, Ribeiro Rcl, Rosa Cob, Cotta Rmm. (2014) Capacidade Cognitiva De Indivíduos Com Doença Renal Crônica: Relação Com Características Sociodemográficas E Clínicas. J Bras Nefrol. 2014; 36 (2): 163-70.
- Singh Np, Sahni V, Wadhwa A, Garg S, Bajaj Sk, Kohli R, Agarwal Sk (2006)Effect Of Improvement In Anemia On Electroneurophysiological Markers (P300) Of Cognitive Dysfunction In Chronic Kidney Disease. Hemodial Int 2006;10:267-273
- Sithinamsuwan P, Niyasom S, Nidhinandana S, et al. Dementia and depression in end stage renal disease: comparison between hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. J Med Assoc Thai 2005;88(Suppl 3):S141–S7.
- Stoicea N, Scharre Dw, Spetie D, Gusti S, Gusti A, Nagaraja H. The Impact Of Cognitive Impairment On Dialysis Patients. Archives Balkan Med Union. 2011; 46(3) : 219 -22.
- Surman S.O. (1987). Hemodialysis And Renal Transplantation. Massachusetts General Hospital Handbook Of General Hospital Psychiatry, Hackett T.P., Cassem N.H. Second Edition Year Book Medical Publishers, Boston.406-424.
- Süleymanlar G. (2007) Kronik Böbrek Hastalığı Ve Yetmezliği: Tanımı, Evreleri Ve Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2007; 3(38): 1-7.
- Süleymanlar G, Utaş C, Arınoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak Mr, Ecdet T, Yılmaz Me, Çamsarı T, Başçı A, Odabaş Ar, Serdengeçti K. A Population Based Survey Of Chronic Renal Disease In Turkey - The Credit Study. Nephrol Dial Transplant. 2011, 26:1862-1871.
- Süleymanlar G, Altıparmak Mr, Seyahi N, Trabulus S. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon – Registry 2012. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Ankara, 2013.
- Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. Tnd Kayıtları. İstanbul: Türk Nefroloji Derneği [Http://Www.Nefroloji.Org.Tr/Folders/File/Tnd-2017-Kayit-Sistemi-Verileri.Pdf](http://www.Nefroloji.Org.Tr/Folders/File/Tnd-2017-Kayit-Sistemi-Verileri.Pdf). 12.11.2019.
- Şahin, Y. (2015). Takıntılı Olma Düzeyinin Kişilerin Genel Kaygı, Benlik Algısı Ve Psikolojik Dayanıklılık Durumları Açısından Değişimlerinin Eğitim Düzeyleri, Cinsiyetleri Ve Kardeşleri Olup Olmamasında Göre İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Tamura Mk, Yaffe K (2011) Dementia And Cognitive Impairment In Esrd: Diagnostic And Therapeutic Strategies. Kidney Int 2011;79:14-22
- Tamura Mk, Vittinghoff E, Hsu Cy, Et Al. Loss Of Executive Function After Dialysis Initiation In Adults With Chronic Kidney Disease. Kidney Int 2017;91(4):948–53.

- Tan, F. Ve M. Akbostancı (2001) Demanslarda Klinik Ayırıcı Tanı. Demans Dergisi, 2001. 1: P. 15-25
- Tanrıverdi Mh, Karadağ A. Ve Hatipoğlu Es. (2010) Kronik Böbrek Yetmezliği. Konuralp Tıp Dergisi 2010; 2(2): 27-32
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2018
- Terzi, Ş. (2005). Öznel İyi Olmaya İlişkin Psikolojik Dayanıklılık Modeli. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Tian, L., Liu, L., & Shan, N. (2018). Parent–Child Relationships And Resilience Among Chinese Adolescents: The Mediating Role Of Self-Esteem. *Frontiers In Psychology*, 9, 1030.
- Topbaş E, Bingöl G. (2017) Psikososyal Boyutu İle Diyaliz Tedavisi Ve Uyum Sürecine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. Türk Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2017;1(12);36-42
- Tosun, F. (2014). Evli Çiftlerin Sahip Oldukları Değerler, Yılmazlık Ve Çatışma Çözme Stilleri Arasındaki Yordayıcı İlişkiler. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Tusaie K, Dyer J. Resilience: A Historical Review Of The Construct. *Holist Nurs Pract* 2004;18:3-8.
- Tümlü, G.Ü. (2012). Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Farklı Üniversite Öğrencilerinin Temas Engellerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Tülek Z. (2014) Bilişsel İşlev Bozukluğunun Değerlendirilmesi, Yorumlanması Ve Bakımı, İçinde: Topçuoğlu, M.A., Durna, Z., Karadakovan, A.,(Çvr.Edt.)Nörolojik Bilimler Hemşireliği, Nobel Tıp Kitabevi.İstanbul.
- Türkmen K, Erdur Fm, Eriklioğlu M, Gaipov A, Çolak B, Tekin A, Yeksan M,Selçuk Ny, Türk S, Tavlı Ş, Tonbul Hz. 2003-2011 Yılları Arasında Meram Tıp Fakültesi Organ Nakli Merkezinde Yapılan Böbrek Nakli Olgularının Sonuçları. Türk Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi. 2013, 22(1):34-44.
- Türk Nefroloji Derneği, Duman D. Hemodiyaliz Yeterliliği. 2016. Erişim: [H Http://www.Nefroloji.Org.Tr/Folders/File/32 Ulusal Nefroloji Sunumlar](http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/32/ulusal-nefroloji-sunumlar). Erişim Tarihi 08.10.2018.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014 Verileri. [H Http://www.Nefroloji.Org.Tr/Pdf/Turkiye Bobrek Hastaliklari Onleme Ve Kontrol Programi.Pdf](http://www.nefroloji.org.tr/pdf/turkiye-bobrek-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf). 12.10.2019.

- Türk Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Yayınları-5. Hemodiyaliz Hemşireliği Uygulamaları. Özlem Grafik Matbaacılık, 2. Baskı, İstanbul 2012: 23-7
- Tsagalidis, G., Akrivos, T., Alevizaki, M., Manios, E., Stamatellopoulos, K., Laggouranis, A., & Vemmos, K. N. (2009). Renal dysfunction in acute stroke: an independent predictor of long-term all combined vascular events and overall mortality. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 24(1), 194-200.
- Uzun Ş, Kara B, İşcan B. Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Uyku Sorunları. *Türk Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi*, 12(1): 61-76, 2003.
- Ünüvar, A. (2012). Gerçeklik Kuramına Dayalı Psiko-Eğitim Programının Lise Öğrencilerinin Denetim Odağı Ve Yılmazlık Düzeyi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Xie, L., Zhou, J., Deng, Y., Richmond, C. J., & Na, J. (2019). Resilience And Affect Balance Of Empty-Nest Older Adults With Mild Cognitive Impairment In Poor Rural Areas Of Hunan Province, China. *Geriatrics & Gerontology International*, 19(3), 222-227.
- Xu S, Xie B, Song M et al. High prevalence of mild cognitive impairment in the elderly: a community-based study in four cities of the Hebei province, China. *Neuroepidemiology* 2014; 42: 123–130.
- Vermeer Se, Prins Nd, Den Heijer T, Hofman A, Koudstaal Pj, Breteler Mm. (2003) Silent Brain Infarcts And The Risk Of Dementia And Cognitive Decline. *N Engl J Med* 2003;348:1215-22.
- Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas* 1993; 1:165-178.
- Waldron, N., Laws, H., James, K., Willie-Tyndale, D., Holder-Nevins, D., Mitchell-Fearon, K., ... & Eldemire-Shearer, D. (2015). The prevalence of cognitive impairment among older adults in Jamaica. *depression*, 33, 34.
- Wang, H., Fang, C., Cai, L., Dong, B., & Deng, J. (2016). Chronic kidney disease and cognitive impairment among the very old in China. *Aging clinical and experimental research*, 28(3), 475-482.
- Williams, U. E., Owolabi, M. O., Ogunniyi, A., & Ezunu, E. O. (2013). Prevalence and pattern of neurocognitive impairment in Nigerians with stages 3 to 5 chronic kidney disease. *International Scholarly Research Notices*, 2013.
- Wolcott D.I.(1991). Psychiatric Aspects Of Renal Dialysis And Organ Transplantation. *Psychiatr Med* 9.(4):623-640.

- Wright R.G., Sand P., Livingston G.(1966). Psychological Stress During Hemodialysis For Chronic Renal Failure. *Ann Intern Med*; 64: 611-621.
- Yaffe K, Ackerson L, Kurella M. Tamura, Et Al. Chronic Kidney Disease And Cognitive Function İn Older Adults: Findings From The Chronic Renal Insufficiency Cohort Cognitive Study *J Am Geriatr Soc*, 58 (2) (2010), Pp. 338-345
- Yiğit V, Erdem R. Türkiye'de Diyaliz Ve Böbrek Transplantasyonu Tedavisinin Maliyet Etkililik Analizi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2016, 1(13):182-205.
- Zengin O, Yıldırım B. Hemodiyaliz Hastalarının Psikososyal Sorunlarına İlişkin Algıları. *Türk Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi*, 26(1): 67-73, 2017
- Zhao, Y., Zhang, Y., Yang, Z., Wang, J., Xiong, Z., Liao, J., ... & Duan, L. (2019). Sleep Disorders And Cognitive Impairment İn Peritoneal Dialysis: A Multicenter Prospective Cohort Study. *Kidney And Blood Pressure Research*, 44(5), 1115-1127.

EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş onam formu

ÇALIŞMANIN ADI: Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Bilişsel İşlevsellik ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin İncelenmesi

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.*

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI : Bu çalışma; hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarında bilişsel işlevsellik ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Çalışmada 1 tane Kişisel Bilgi Formu ve 1 tane ölçek bulunmaktadır (Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği- MoCA). Kişisel Bilgi Formu, demografik özellikler ve hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi formundan oluşmaktadır. Montreal Bilişsel Değerlendirme ölçeği ise; değişik bilişsel işlevleri değerlendirmektedir. Bunlar; dikkat ve konsantrasyon, yürütücü işlevler, bellek, lisan, görsel yapılandırma becerileri, soyut düşünce, hesaplama ve yönelimdir. MoCA' nın uygulaması yaklaşık 15 dakika sürer. Testten alınabilecek en yüksek toplam puan 30'dur. Buna göre 21 puan ve üstünde alınan puan normal olarak değerlendirilir. Alt başlıkları ise; iz sürme testi, görsel yapılandırma becerileri (küp ve saat çizme), isimlendirme, bellek, dikkat, uyanıklık, seri olarak 7'şer çıkarma, cümle tekrarı, sözel akıcılık, soyut düşünme, gecikmeli hatırlama ve yönelim başlıklarını içerir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma ile hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği olan hastaların; bilişsel işlevselliği değerlendirilmiş ve belirlenmiş olacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgiler sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

1. Hale İRBAN

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı Adı Soyadı:</i>	Hale İRBAN	<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

EK 2: Kişisel bilgi formu, Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği ve Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Hastanın Adı Soyadı:

Cinsiyetiniz:	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
Eğitim durumunuz nedir?	<input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Yüksekokul
Medeni durumunuz nedir?	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul
Kaç yaşındasınız?
Şu an çalışıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> İşsiz <input type="checkbox"/> Yarı zamanlı çalışma <input type="checkbox"/> Tam zamanlı maaş (özel sektör) <input type="checkbox"/> Tam zamanlı maaş (devlet)
Mesleğiniz nedir?
Sosyal güvenceniz var mı?	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Sosyoekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?	<input type="checkbox"/> Gelir giderden Az <input type="checkbox"/> Gelir gidere Eşit <input type="checkbox"/> Gelir giderden fazla
Spor yapıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Günlük spor yapıyorum. <input type="checkbox"/> Haftada 2-3 gün spor yapıyorum <input type="checkbox"/> Hiç spor yapmıyorum
Kronik böbrek yetmezliği diyetini uyguluyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Günlük ortalama uyku süreniz nedir?

HASTALIK VE TEDAVİYE İLİŞKİN BİLGİ FORMU

Hastalığınızın adı nedir?
Kaç yıldır hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ve daha fazla
Hemodiyaliz alma sıklığınız nedir? Haftada;	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ve daha fazla
Hemodiyaliz tedaviniz kaç saat sürüyor?	<input type="checkbox"/> 1 Saat <input type="checkbox"/> 2 Saat <input type="checkbox"/> 3 Saat <input type="checkbox"/> 4 Saat
Kronik hastalığınız var mı? Varsa adları nedir?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var:.....
Kullandığınız ilaç var mı? Varsa adları nedir?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var:.....

MOCA TESTİ

GÖRSEL MEKANSAL / YÖNETİCİ İŞLEVLER		SAAT çizme (On biri on geçe) (3 puan)			PUAN
<p>Bitir (E) Başla (1)</p>	<p>Küp Kopyalama</p>				
[]	[]	Çevresi	Rakamlar	Kollar	___/5
		[]	[]	[]	

ADLANDIRMA				PUAN
[]	[]	[]		___/3

BELLEK	BURUN	KADİFE	CAMİ	PAPATYA	MOR	Puan yok
Kelime listesini okuyun ve hastaya tekrar ettirin. İki deneme yapın. 5 dakika sonra tekrar sorun	1.deneme					
	2.deneme					

DİKKAT	Sayı listesini okuyun (1 sayı / san.) Hasta sayıları baştan sona doğru saymalı	[] 2 1 8 5 4	PUAN
	Hasta sayıları sondan başa doğru saymalı	[] 7 4 2	___/2

Harf listesini hastaya okuyun. Hastaya her A harfi okunduğunda masaya eli ile vurmasını söyleyin. İki veya daha fazla hata var ise puan vermeyin.	[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB	PUAN
		___/1

100 den başlayarak yedişer çıkarma	[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	PUAN
						___/3
4 veya 5 doğru çıkarma: 3 puan, 2 veya 3 doğru çıkarma: 2 puan, 1 doğru :1 puan, 0 doğru 0 puan.						

LİSAN	Tekrar ettirin: Tek bildiğim bugün yardıma ihtiyacı olan kişinin Ahmet olduğudur. Köpekler odadayken kedi hep kanapenin altında saklanırdı.	[]	PUAN
			___/2

Akıcılık / 1 dakikada K harfi ile başlayan maksimum sayıda kelime saydırın.	[] _____ N ≥ 11 kelime	PUAN
		___/1

SOYUT DÜŞÜNME	Benzerlik. Örn. muz-portakal = meyve. [] tren - bisiklet [] saat - cetvel	PUAN
		___/2

GEÇİKMELİ HATIRLAMA	Kelimeleri İPUCU OLMADAN hatırlama	BURUN	KADİFE	CAMİ	PAPATYA	MOR	Sadece İPUCUSUZ hatırlanan kelimeler için puan verin	PUAN
		[]	[]	[]	[]	[]		___/5
SEÇMELİ	Kategori ipucu							
	Çoklu seçmeli ipucu							

YÖNELİM	[] Gün [] Ay [] Yıl [] Gün adı [] Yer [] Şehir	PUAN
		___/6

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda... Her zaman bir çözüm bulurum	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların... Başarılması zordur	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır... Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum Diğer kişilerle birlikte	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğunu... Benimkinden farklıdır	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ... Hic kimseyle tartışmam	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Arkadaşlarımla/Aile-üyelerimle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi... Çözmem	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi... Nasıl başaracağımı bilirim	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ... İlerive dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Avrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat olmak Önemli değildir	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim Çok mutlu	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Çok mutsuz
12. Beni ... Bazı yakın arkadaşlarımla/aile üyelerim cesaretlendirebilir	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Hic kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim... Olduğuna çok inanırım	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum Ümit verici	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir... Zamanımı planlama	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir Kolayca yapabildiğim	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ... Birbirinden bağımsız	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ... Zayıftır	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Büclüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ... Çok fazla güvenmem	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ... Belirsizdir	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ... Günlük yaşamımda yoktur	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ... Benim için zordur	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ... Geleceğe pozitif bakar	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında... Bana hemen haber verilir	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken Kolayca gülerim	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır: Birbirlerini desteklemez biçimde	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Hic kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır Her sevi umutsuzca gören bir	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için... Zordur	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ... Bana yardım edebilecek kimse yoktur	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ... Başa çıkmaya çalışırım	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Sürekli bir endişe/kavgı kavnağıdır
32. Ailemde şunu severiz ... İşleri bağımsız olarak yapmayı	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ... Yeteneklerimi beğenirler	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Yeteneklerimi beğenmezler

Referans:

Basım, H. Nejat ve Çetin, Fatih (2011). Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 2, 104-114.