

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**DİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN ÖZ
YETERLİLİK VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ**

Hazırlayan
Kevser Çağla GURLAŞ

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ

Yüksek Lisans Tezi

Kasım 2016
KAYSERİ

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**DİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN ÖZ
YETERLİLİK VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ**

**Hazırlayan
Kevser Çağla GURLAŞ**

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ**

Yüksek Lisans Tezi

**Kasım 2016
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı Soyadı: Kevser Çağla GURLAŞ

İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Düzeyleri” adlı Yüksek Lisans tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Kevser Çağla GURLAŞ

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ

Ana Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Sultan TAŞÇI

Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ danışmanlığında **Kevser Çağla GURLAŞ** tarafından hazırlanan **“Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Düzeyleri”** adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalında **yüksek lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

...../...../.....

JÜRİ:

Danışman : Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ

.....

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)

Üye : Yrd. Doç. Dr. Gülşüm Nihal ÇÜRÜK

.....

İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)

Üye : Yrd. Doç. Dr. Pınar TEKİNSOY KARTIN

.....

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır

...../...../.....

.....

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez çalışmam sürecinde her zaman çalışmaya teşvik edici ve sabırlı yaklaşımı, bilgi, birikim ve deneyimleri ile yardımını esirgemeyen çok değerli sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ'e, Araştırma verilerinin analizinde ve doğru yorumlanmasında yardımcı olan Sayın Doç.Dr. Ferhan ELMALI'ya, tez çalışmamın veri toplama aşamasında yardımcı olan Özel Rensa Diyaliz Merkezi, Özel Umut Diyaliz Merkezi, Özel Lifos Diyaliz Merkezi, Özel FMC Kayseri Erciyes Diyaliz Merkezi, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Semiha Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanelerinin hastaları ve çalışanlarına, beni her konuda destekleyen ve her zaman yanımda olan sevgili aileme, Yaşamımın her anında hiçbir zaman desteğini esirgemeyen çok sevdiğim hayat arkadaşım Kemal GURLAŞ'a ve tezimin bitmemesi için ellerinden geleni yapan biricik KIZLARIMA sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Kevser Çağla GURLAŞ

Kayseri, Kasım 2016

DİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN ÖZ YETERLİLİK VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ

Kevser Çağla GURLAŞ

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kasım 2016

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ

ÖZET

Bu araştırma diyaliz hastalarının sosyal destek ve öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı ve analitik olarak yapılmıştır.

Araştırma, Erciyes Üniversitesi Diyaliz Hastanesi, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi diyaliz ünitesi ve Kayseri il merkezinde bulunan özel diyaliz merkezlerine başvuran hastalarla yürütülmüştür. Çalışmanın verileri Mart 2014-Mayıs 2015 tarihleri arasında toplanmış olup, çalışmaya 521 diyaliz hastası dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında hasta tanıtım formu, öz yeterlilik ölçeği ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇASDÖ) kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Shapiro Wilk normallik, Pearson Korelasyon, Mann-Whitney U testi, Dunn Bonferroni çoklu karşılaştırması, Wilcoxon testi ve Spearman Korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Çalışmada hastaların öz yeterlilik puan ortalamasının 22.41 ± 6.62 olduğu saptanmıştır. ÇASDÖ aldıkları toplam puan ortalaması 57.62 ± 18.04 , aile alt boyut puanı 25.14 ± 4.88 , yakın çevre alt boyutu puanı 16.85 ± 8.21 ve arkadaş alt boyutu puanı 15.62 ± 8.83 'tür. Hastaların öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerinin cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, çocuk sayısı, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişi, ek kronik hastalık varlığı, sağlık algısı, yaşanan şikayetler, hastalıkla baş etme durumu ve destek gereksinimi gibi faktörlerden etkilendiği belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Sonuç olarak; diyaliz tedavisi alan bireylerin sosyal destek ve öz yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi, sosyal destek ve öz yeterlilik düzeyleri düşük olan hastalara gerekli eğitim ve danışmanlıklarının verilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Öz yeterlilik, Sosyal destek, Hemşirelik, Hemodiyaliz, Periton diyalizi

SELF-EFFICACY AND SOCIAL SUPPORT AMONG PATIENTS RECEIVING DIALYSIS TREATMENT

Kevser Çağla GURLAŞ

Erciyes University, Faculty of Health Sciences

Department of Nursing, Graduate Degree, November 2016

Advisor: Assist. Prof. Dr. Songül GÖRİŞ

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate determine levels of self-efficacy and social support among patients receiving dialysis treatment in definitive and analytic manner. The study is conducted with the patients receiving dialysis treatments in Dialysis Hospital of Erciyes University, Dialysis Center of Kayseri Education and Research Hospital and private dialysis centers that resides in city center of Kayseri. Data of the study collected between the dates of March 2014 - May 2015. Data of 521 dialysis patients was included in the study. The data of the study was obtained evaluating patient identification forms, self-efficacy scale and multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) by using face to face interview technique. Shapiro Wilk normality test, Pearson correlation, Mann-Whitney U test, Bonferroni-Dunn's multiple comparison test, Wilcoxon test and Spearman correlation analysis were used in the evaluation of the data.

The average of self-efficacy rating for the patients was calculated as 22.41 ± 6.62 in the study. The average for MSPSS rating was 57.62 ± 18.04 , family sub-dimension score was 25.14 ± 4.88 , significant other sub-dimension score was 16.85 ± 8.21 and friend sub-dimension score was 15.62 ± 8.83 . It was determined that self-efficacy and social support levels of the patients changes with the factors such as sex, age, education level, marital status, the number of children they possess, occupation, income state, presence of additional chronicle disease, perception of health, complaints, the status of coping with illness and support requirements ($p < 0.001$).

In summary, it is recommended that determination of the levels of social support and self-efficacy are required for patients receiving dialysis treatment and if necessary, education and consultancy should be given to the patients suffering low levels of social support and self-efficacy.

Keywords: Self-efficacy, social support, nursing, hemodialysis, peritoneal dialysis

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
İÇ KAPAK.....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	iii
KABUL VE ONAY SAYFASI	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	x
TABLolar LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2. 1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ.....	4
2. 1. 1.ETİYOLOJİ.....	4
2. 1. 2.BELİRTİ VE BULGULAR	5
2.1.2.1. Sistemlere İlişkin Belirti ve Bulgular.....	5
2. 1. 3 KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNİN EVRELERİ	7
2. 1. 4. TEDAVİ.....	7
2. 1. 4. 1.Diyaliz	7
2. 1. 4. 1. 1. Hemodiyaliz	8

2. 1. 4. 1. 2. Periton Diyalizi	9
2. 2. ÖZ YETERLİLİK	10
2. 3. SOSYAL DESTEK	12
2. 4. ÖZ YETERLİLİK, SOSYAL DESTEK VE HEMŞİRELİK	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	15
3. 2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	15
3. 3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ	15
3. 4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	16
3. 5. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME ÖLÇÜTLERİ	16
3. 6. VERİLERİN TOPLANMASI	16
3. 6. 1. HASTA TANITIM FORMU (EK II)	16
3. 6. 2. GENEL ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ	16
3. 6. 3. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ	17
3. 6. 4. ÖN UYGULAMA	17
3. 7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	17
3. 8. ETİK KURUL	18
4. BULGULAR	19
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	32
6. KAYNAKLAR	39

EKLER

ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR

BGOF:	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
ÇASDÖ:	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ:	Dünya Sağlık Görgütü
GFR:	Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD:	Hemodiyaliz
KBY:	Kronik Böbrek Yetmezliği
KOAH:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SDBY:	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SAPD:	Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
ekd:	En küçük değer
ebd:	En büyük değer
n:	Birey Sayısı
p:	Anlamlılık Düzeyi
r:	Korelasyon
ss:	Standart Sapma
Q1:	25. persentil
Q3:	75. persentil

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	20
Tablo 4.2.	Hastaların Hastalıkla İlgili Özellikleri	21
Tablo 4.3.	Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Alan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	23
Tablo 4.4.	Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Alan Hastaların Hastalıkla İlgili Özellikleri.....	24
Tablo 4.5.	Diyaliz Hastalarının Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Ölçeği İstatistikleri.....	25
Tablo 4.6.	Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Alan Hastaların Sosyal Destek ve Öz Yeterlilik Ölçeği İstatistikleri	26
Tablo 4.7.	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre ÇASDÖ ve Öz Yeterlilik Ölçeği Puanları	27
Tablo 4.8.	Hastaların Hastalıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre ÇASDÖ ve Öz Yeterlilik Ölçeği	29
Tablo 4.9.	Hastaların ÇASDÖ Ölçeği ile Öz Yeterlilik Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyon	30

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bir toplumda sık görülen, ölüm ve sakatlıklara neden olan hastalıklar önemli sağlık sorunlarını oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar bu yönden incelendiğinde morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerindedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünya da kronik hastalıkların 2010–2020 yılları arasında %15 artacağı tahmin edilmektedir (2). Ülkemizde 2011 yılında yapılan Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri sıklığı çalışmasında, ölümlerin %73'ünün kronik hastalıklar nedeniyle gerçekleştiği gösterilmiştir (2,3).

Kronik hastalıklar içerisinde yer alan kronik böbrek yetmezliğinin (KBY) hem Türkiye'de hem de dünyada sıklığı giderek artmaktadır (4). 2014 yılında Türkiye'de renal replasman tedavisi gerektiren son dönem kronik böbrek yetmezliği (SDBY) nokta prevalansının milyon nüfus başına 918 olduğu belirlenmiştir. Son dönem böbrek yetmezliği olan hasta sayısı ise yaklaşık 71 bin kişidir. Türk Nefroloji Derneği'nin 2014 yılı raporuna göre ülkemizde 55.890 hastaya hemodiyaliz (HD), 4306 hastaya periton diyaliz tedavisi uygulandığı bildirilmiştir. 2014 verilerine göre ülkemizde SDBY olan hastaların %78.37'si hemodiyaliz, %6.04'ü periton diyalizi ve %15.59'u transplantasyon hastasıdır (5).

Son yıllarda teknoloji ve cerrahi alanında meydana gelen gelişmeler KBY'nin tedavisinde diyalizin tercih edilmesini kolaylaştırmıştır. Gelişen teknoloji sayesinde diyaliz tekniğindeki ilerlemeler sonucu diyaliz hastalarında yaşam süresi oldukça uzamıştır. Ancak diyaliz tedavisi pek çok organik, ruhsal ve sosyal sorunu da beraberinde getirmiştir (6,7). Kronik bir hastalığın ve düzenli diyaliz tedavisinin yol açtığı sosyal, duygusal ve ekonomik zorluklar hasta ve ailesinin hastalığa uyumunu güçleştirmekte ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (8).

Hastalar diyaliz tedavisinin getirdiği sınırlayıcı yaşam tarzına bağlı olarak, sağlık ekibine ve aileye bağımlı hale gelmektedir. Tedavinin özelliklerinin yanı sıra ilaçlar ve beslenme konusundaki zorunluluklar, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar gibi ek hastalıkların varlığı, hastaların günlük yaşamlarını olumsuz etkilemekte, bu durum bireyin birçok sorunla yüz yüze gelmesine ve öz yeterlilik algısının bozulmasına neden olmaktadır (9).

Öz yeterlilik, bireyin içinde bulunduğu durumlar ile başa çıkabilmesi için yapması gereken eylemleri ne kadar yapabildiğini açıklamaktadır (10). Başka bir deyişle durumlarla mücadele etmede ve değiştirmede, yeteneklerini ve becerilerini koordine etmek için bireyin yapabilecekleri hakkındaki inancıdır. Öz yeterlilik bireyin geçmiş deneyimlerinden, başkalarının deneyimlerinden, bireyin davranışı gerçekleştirmeye yeteneği olduğu konusunda ikna olmasından, stres ve anksiyete gibi durumsal faktörlerden etkilenmektedir (11). SDBY olan hastaların sağlıklı yaşam tarzını başlatması ve sürdürmesinde bireyin öz yeterlilik algısının değerlendirilmesi önem taşımaktadır (10). Yapılan çalışmalarda sosyal öğrenme teorisinin bir parçası olan kişisel öz yeterliliğin olumlu sağlık davranışlarının oluşturulmasında önemli olduğu saptanmıştır (12,13). Hemodiyaliz hastalarında yapılan bir çalışmada, hastaların öz yeterlilik düzeylerinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi ve hemodiyalize girme sıklığından etkilendiği tespit edilmiştir(10). Böbrek transplantasyonu olan hastalarda öz yeterlilik, öz bakım ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada ise öz yeterliliğin öz bakım ve yaşam kalitesinden etkilendiği bulunmuştur (14).

Öz yeterliliği etkileyen faktörlerden bir diğerisi ise bireylerin sosyal destek düzeyleridir. Diyaliz tedavisi alan hastaların tedaviye ve hastalığa uyum sürecinde sosyal destek önemli bir yer tutmaktadır. Diyaliz hastalarında tıbbi girişimleri engelleme, diyete uyumsuzluk, düzensiz ilaç kullanma ve diyaliz seanslarına düzenli girmeme gibi bazı sorunlar görülebilmektedir. Bu tür durumlarda hastaların sorunlarla baş edebilmesinde bireyin ailesi ve sağlık ekibi en önemli destek kaynaklarıdır (15). Zor durumlarda yakın çevreden görülen sosyal destek, stres verici olayların etkisini azaltmaktadır. Bu destek stresörü ortadan kaldırmak veya etkisini azaltmak için bireye değer verildiğinin hissettirilmesi ve stresörle baş etmek üzerine öneriler getirilmesini kapsamaktadır.

Sosyal destek stresörleri ortadan kaldırırsa bile bireylerin kaygılarını azaltmakta, daha iyimser ve stresle başa çıkabilmek için yeni yollar deneme konusunda daha istekli olmalarını sağlamaktadır (16). Friend et al. (17) diyaliz hastaları ile yaptıkları bir çalışmada sosyal desteği iyi olan hastaların daha uzun süre yaşadıklarını belirtmiştir. Stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım olarak tanımlanan sosyal destek, hasta birey için yakınları, hemşire, doktor, sağlık personeli veya komşuları tarafından verilebilmektedir (18). Yapılan bir çalışmada sosyal destek algısı yüksek olan hastaların öz yeterlilik algısının da yükseldiği böylece hastaların depresyonla daha kolay başa çıkabildikleri tespit edilmiştir (19).

Birincil görevi bireye bütüncül şekilde bakım vermek olan hemşireler diyaliz hastalarının hastalıklarına, tedavisine ve diyaliz sürecine uyum sağlamalarında anahtar rol oynamaktadır. Hemşirelerin, bireylerin sağlıkla ilgili davranış değişikliklerini başarılı bir şekilde başlatmaları ve sürdürebilmeleri için insan davranışları üzerinde etkili olan, öz yeterlilik kavramı ve etkileyen faktörleri belirlemeleri önem taşımaktadır (20). Hemşirelerin bu görev ve sorumlulukları doğrultusunda bakım vermeleri gereklidir. Hemşirenin sunacağı destek, hasta birey ve ailesinin güçlenmesinde ve sorunlarla etkili bir şekilde baş edebilmelerinde önemli rol oynamaktadır (21). Hemşire, hasta, ailesi ve sağlık ekibi ile işbirliği içinde, hasta ve ailesinin sosyal alandaki iletişimini güçlendirerek hastalığa uyumu kolaylaştırmalıdır. Bu noktada hemşire hasta ile iletişim kurup güven duygusu oluşturmalı, bireyin bağımsızlığını destekleyerek sosyal destek ve öz yeterlilik düzeylerini arttırmalıdır.

Bu çalışma ile elde edilecek sonuçların diyaliz hastalarının sosyal destek ve öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesinde ve daha sonra yapılacak çalışmalara yön vermesi açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma diyaliz hastalarının sosyal destek ve öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ

Kronik böbrek yetmezliği, glomerüler filtrasyon hızında (GFR) azalma sonucunda böbreğin sıvı elektrolit dengesini düzenleme işlevinin ve metabolik-endokrin fonksiyonlarının geri dönüşsüz ve ilerleyici biçimde bozulması olarak tanımlanmaktadır (22,23). GFR'nin normal değeri olan 120-125 ml/dk'dan, 30-35 ml/dk'ya düşünceye kadar bireylerde herhangi bir semptom görülmemektedir. Ancak GFR 20-25 ml/dk'ya düşerse üremik semptomlar gelişmekte, 15 ml/dk'nın altına düşünce ise SDBY oluşmaktadır (24).

2.1.1. Etiyoloji

Kronik böbrek yetmezliği birçok nedene bağlı olarak gelişebilmektedir. Bu etiyolojik faktörlerin sıklığı ülkelere göre değişmektedir. Türk Nefroloji Derneği tarafından yapılan açıklamalara göre, Türkiye'de Amerika Birleşik Devletleri'ne kıyasla, diyabetik nefropatinin daha az, glomerülonefrit ve amiloidozun daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (25).

Türk Nefroloji Derneği 2014 yılı sonuçlarına göre ülkemizde böbrek yetmezliği nedenleri arasında en sık %39.31 ile diyabet gelmekte ve sırayla hipertansiyon (%28.40), glomerülonefrit (%4.53), polikistik böbrek hastalıkları (%3.32), amilodiaz (%2.15) ve renal vasküler hastalık (%0.60) yer almaktadır (5,24).

2.1.2. Belirti ve Bulgular

Kronik böbrek yetmezliğinde görülen belirti ve bulguların temel nedeni; protein yıkım ürünlerinin kanda artması, sıvı elektrolit ve asit-baz dengesi bozukluklarının tüm sistemler üzerinde meydana getirdiği ciddi etkilerdir (26). Bu nedenle sistemlere ilişkin birçok belirti ve bulgu ortaya çıkar. Bu belirti ve bulguların ciddiyeti, böbrek yetmezliğinin derecesine, yetmezliğe neden olan temel soruna ve hastanın yaşına göre değişiklik göstermektedir (25).

2.1.2.1. Sistemlere İlişkin Belirti ve Bulgular

Sıvı Elektrolit Dengesizlikleri: Bulantı, kusma, diyare nedeni ile hiponatremi ve dehidratasyon, oligüri nedeni ile hiperpotasemi, hipokalsemi, hiperfosfatemi ve hipermagnezemi, sodyumun böbreklerde tutulması ve buna bağlı gelişen su retansiyonu nedeni ile ani kilo artışı, hipervolemi, hipertansiyon, pulmoner ödem ve konjestif kalp yetmezliği görülür. Tübüluslarda normal iyon sekresyonu yapılamaması nedeni ile metabolik asidoz gelişmektedir (25,27,28).

Kardiyovasküler Sisteme İlişkin Belirtiler: Sodyum-su retansiyonu ya da renin anjiyotensin aldoosteron sisteminin aktivasyonuna bağlı hipertansiyon gelişir. Dehidratasyon, sıvı retansiyonu ve volüm dengesizliklerine bağlı böbreğin idrarı konsantre etme yeteneği kaybolur. GFR'nin azalması ile Na ve sıvı retansiyonu görülür. Bunlara bağlı olarak H, konjestif kalp yetmezliği, pulmoner ödem, perikardit ve aritmi görülmektedir (25,26,29,30) .

Gastrointestinal Sistem Belirtileri: Kanda üre miktarının yükselmesine bağlı ağızda üre kokusu, mukoz membranlarda kuruluk, kırmızı ülseratif lezyonlarla karakterize üremik stomatitler, iştahsızlık, bulantı, kusma ve yüksek ürenin diyafragmayı irrite ederek frenik siniri uyarması nedeniyle hıçkırık görülür. Hiperkalemi ve kalsiyum metabolizmasındaki değişimin bağırsaklar üzerindeki etkisi nedeniyle diyare meydana gelir (25,26,29,30).

Hematolojik ve İmmün Sistem Belirtileri: Anemi, kanamaya yatkınlık ve enfeksiyona yatkınlık görülmektedir (26,27,30).

Endokrin Sistem Belirtileri: Kadınlarda ovulasyon ve menstruasyon değişiklikleri, erkeklerde testesteron sekresyonu ve sperm sayısında azalma görülür. Tiroksinin (T₄) katabolik bir hormon olan triiodotironine (T₃) dönüşümü bozulduğu için

hipotroidizm görülmektedir. Glikoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, hiperprolaktinemi, hiperürisemi ve malnütrisyon gelişebilir (22,26,29).

Nörolojik Belirtiler: Nörolojik belirtilerin nedenleri tam olarak bilinmemekle beraber; nitrojenin yıkım ürünlerinin artması, elektrolit dengesizlikleri, aksonlardaki ve sinir hücrelerindeki demiyelinizasyon nedeni ile olduğu düşünülmektedir. Ürenin beyine toksik etkisinden dolayı; apati, laterji, konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk, konvülsiyonlar, kişilik değişiklikleri, disoryantasyon, halüsinasyonlar, konuşma bozuklukları, yürüme bozuklukları, stupor, flepping tremor, demans, baş ağrısı, kramplar ve koma görülmektedir. Periferik nöropati ekstremitelerdeki sinir uyarılarının azalması olup huzursuz bacak sendromuna yol açmaktadır (27,31,32).

Cilt Belirtileri: Cilt üzerinde üre kristalleri ve ürenin cilt üzerinde kırağı gibi birikmesi nedeniyle cildin gri-bronz renkte olması, ekimoz, purpura, tırnakların ince ve kolay kırılması, saçların incilmesi ve ciltte kaşıntı görülür. Ancak erken tedavi ve diyaliz uygulamaları bu sorunu azaltmaktadır (27,33).

Kas İskelet Sistemine İlişkin Belirtiler: Böbrek dokusundaki değişiklikler nedeni ile D vitamini aktif metabolitine (1,25 Dehidroksikolekalsiferol) dönüşmemektedir. GFR azalması ile fosfat böbreklerle atılamaz ve kandaki değeri yükselir. Normalde vitamin D'nin aktif biçimi böbrekler yolu ile metabolize olmaktadır. Aktif D vitamini, kalsiyumun gastrointestinal sistemden absorpsiyonu için gereklidir. Ancak KBY'de böbrek fonksiyonlarının kaybı nedeni ile aktif D vitamini ve kalsiyum absorpsiyonu bozulur, serum kalsiyum düzeyi düşer. Düşük serum kalsiyum düzeyi paratroid hormonunun salınımına yol açtığından kemiklerden kalsiyum ve fosfat absorpsiyonuna neden olarak serumda kalsiyum ve fosfatın artmasına yol açar. Artmış fosfat düzeyleri kalsiyum ile birlikte yumuşak doku kalsifikasyonlarına neden olur (30).

Solunum Sistemine İlişkin Belirtiler: Kussmaul solunum, dispne, pulmoner ödem, üremik plörezi, plevral effüzyon ve solunum sistemi enfeksiyonlarıdır. Balgam koyu ve yapışkandır. Öksürük refleksi deprese olmuştur. Üremik akciğer ya da üremik pnömoni KBY'li hastalara özgü tipik bir röntgen bulgusudur. Bu durum HD ile tedavi edilir (34).

2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evreleri

Kronik böbrek yetmezliğinin böbrek rezervinin azaldığı, böbrek yetmezliği ve SDBY olmak üzere üç ayrı evresi vardır.

Evre 1: Bu evrede böbrek rezervinin azalması, nefron fonksiyonlarının %40-75 kaybı vardır. Sağlam kalan nefronlar böbreğin normal fonksiyonlarını yerine getirebildiğinden genellikle hastada semptom görülmez (25,32,34).

Evre 2: Böbrek yetmezliği evresinde %75-90 nefron kaybı vardır. Bu durumda serum kreatinin ve kan üre nitrojen değeri yükselir, böbreğin idrarı konsantre etme yeteneği kaybolur ve anemi gelişir. Hastada poliuri ve noktüri belirtileri görülebilir (25,32,34).

Evre 3: Fonksiyon gören nefron sayısı %10'nun altına düştüğünde SDBY gelişir. Böbreğin normal düzenleyici, sekresyon ve hormonal fonksiyonlarının tamamı ciddi boyutta bozulmuştur. Kanda kreatinin ve kan üre nitrojen değeri yükselmesi ve elektrolit dengesizliği ile SDBY belirgin hale gelir. Hasta bu noktaya gelince diyaliz endikasyonu vardır. Diyaliz uygulaması ile üreminin bu semptomları geriye döndürülebilir (25,32,34).

2.1.4. Tedavi

Kronik böbrek yetmezliğinde tedavinin amacı böbrek fonksiyonlarını ve homeostazisi olabildiğince devam ettirmek, komplikasyonları engellemek ve geliştiğinde tedavi etmektir. KBY'de hastalık erken evrede yakalanabilirse, diyet ve ilaç düzenlemeleri ile semptomlar kontrol edilmeye çalışılır ancak bu düzenlemeler homeostazisi sürdürmede yeterli olmadığında, diyaliz tedavisi veya transplantasyona gerek duyulmaktadır (25).

2.1.4.1. Diyaliz

Diyaliz, yarı geçirgen bir membran aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-solüt değişimini temel alan bir tedavi şeklidir. Sıvı ve solüt hareketi, genellikle hastanın kanından diyalizata doğrudur ve bu diyalizatın uzaklaştırılması ile hastada mevcut olan sıvı-solüt dengesizliği normal değere yaklaştırılır (34). Diyaliz tedavisi, hemodiyaliz ve periton diyalizi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

2.1.4.1.1. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz ülkemizde en sık uygulanan diyaliz tedavisidir (5). Hemodiyaliz, hastadan alınan kanın bir membran aracılığı ve bir makine yardımı ile sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenmesidir (35). HD tedavisinin amacı; toksik nitrojenöz maddeleri ve fazla sıvıyı kandan uzaklaştırmaktır. Hemodiyaliz tedavisinde en önemli nokta makinaya yeterli kan akımının sağlanmasıdır. Bu amaçla hastaya fistül açılmakta ya da internal arteriovenöz greft kullanılmaktadır (36). 2013 yılı sonu itibarıyla izlemde olan düzenli HD hastalarında en sık kullanılan damara ulaşım yolu arteriovenöz fistüldür (5).

Fistül cerrahi yolla bir arter ve venin birbirleriyle doğrudan anastomozudur. Fistüllerin kanama, pıhtılaşma, enfeksiyon gibi komplikasyonları bulunmaktadır (25). Bu komplikasyonların önlenmesi; bireyin girişim olan bölgeyi travmalardan koruması, o bölgeden kan basıncı ölçülmemesi veya kan alınmaması, o kol ile ağır kaldırmaması, üzerini sıkı saat, giysi v.s. olmaması, fistül ayak üzerinde ise uzun süre ayakta kalmaması gibi sınırlılıklara neden olmaktadır (37).

Membranın porlarından geçebilen maddeler diffüzyon ve ultrafiltrasyon olmak üzere iki tip hareket göstererek normal böbrekten iki kat hızlı biçimde diyalizata geçerler. Diyalizat sistemden birkaç kez geçerek atılır ve böylece kanın metabolik artık ve fazla sıvıdan temizlenmesi sağlanmış olur (25,37). Hemodiyaliz bireylere haftada 2-3 kez, 4-5 saat süreyle uygulanmakta ve kan kimyasında hızlı düzelmeye sağlamaktadır (37).

Hemodiyaliz tedavisi nedeniyle hastalar birçok zorunlu değişim yaşamakta, bu değişimler fiziksel, psikiyatrik ve psikososyal olmak üzere pek çok soruna yol açmaktadır. Hemodiyaliz tedavisinin fiziksel komplikasyonları akut ve kronik olarak ikiye ayrılmaktadır (38).

Akut fiziksel komplikasyonları hipotansiyon, kramplar, baş, sırt ve göğüs ağrısı, kanama, lökopeni, hava embolisi, elektrolit dengesizlikleri, diyaliz dengesizliği sendromu ve aritmilerdir. Kronik komplikasyonları ise, kardiyovasküler hastalıklarda hızlanma, hipertansiyon, üremik kemik hastalığı, perikardit, alüminyum intoksikasyonu, plevral effüzyon, vasküler yol enfeksiyonları ve tromboz, diyaliz demansı, hepatit B, hepatit C, pruritis ve anemidir (29,30,38).

2.1.4.1.2. Periton Diyalizi

Periton diyalizi hastaların periton boşluğuna yerleştirilen bir kateter aracılığıyla diyaliz işleminin gerçekleştirildiği bir yöntemdir. Periton yüzeyi 22.000 cm³ genişliğindedir ve yarı geçirgen zar görevini görür (39). Periton diyalizinin amacı toksik ve metabolik ürünleri (üre, kreatinin) vücuttan uzaklaştırmak, normal sıvı ve elektrolit dengesini yeniden sağlamaktır (40).

Peritoneal kateterin yerleştirilmesi özel bir işlemle, ameliyathane şartlarında gerçekleştirilir. Periton diyalizinde sıvı değişimi süreci diyalizatın infüzyonu, içeride bekletilmesi ve drenajı aşamalarından oluşur. Her seans 1-4 saat sürmektedir. Bu süre diyalizat sıvısının içeride kalma süresine göre değişiklik göstermektedir. Seans sayısı da hastanın fiziksel durumuna ve hastalığın seyrine göre planlanmaktadır (39). Periton diyalizi yavaş fakat etkili bir yöntemdir. Daha az akut problemi olan ya da hemodinamik durumu değişken olan hastalar için uygundur. Bu yöntem yavaş çalışmaktadır ve klinik acil durumlarda diğer diyaliz yöntemleri kontrendike olmadıkça tercih edilmemektedir (25).

Periton diyalizi aralıklı, sürekli ayaktan ve otomatik periton diyalizi olmak üzere üç şekilde uygulanabilmektedir. Aralıklı periton diyalizi, diyaliz solüsyonunun peritona verilip 20 dakika sonra geri alınması şeklinde, 48 saat boyunca sürekli devam eden diyaliz şeklidir. Otomatik periton diyalizi, diyaliz değişimlerinin önceden programlanmış bir makine yardımıyla gerçekleştirildiği periton diyalizi yöntemidir (34,41). Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD), diyaliz solüsyonunun periton boşluğunda sürekli olarak bulunması (günde 24 saat/ haftada 7 gün) ilkesine dayanan, hastanın evde kendi kendine uyguladığı diyaliz yöntemidir. Standart SAPD'de 2-2.5 litrelik diyaliz solüsyonu peritonda 5-6 saat bekletildikten sonra geri alınmakta ve yerine taze solüsyon konulmaktadır. Gece verilen solüsyon ise hastanın rahatça dinlenebilmesi için 8-10 saat karında kalabilmektedir. SAPD uygulamasında günde toplam 4 değişim yapılmaktadır (8-10 lt/gün) (41). Bireyin tedavisini tamamen kendisinin yürüttüğü bir yöntem olan SAPD'de hastanın hazır oluşluğu ve eğitimi önem taşımaktadır (25). Hemodiyalize göre büyük araç, kapalı alan, teknik ekip gereksinmelerine gerek kalmadan sürdürülebilecek bir tedavi şekli olarak görülmesine karşın, SAPD beraberinde bazı zorluklar barındırmaktadır.

Bunlardan biri bu tedavi şeklini uygulamayı gerçekten bilen, doğru zamanda doğru seçimi yapabilecek doktor ve periton diyalizi hemşiresi, diğeri ise sağlık personelinen aldığı bilgiyi titizlikle kullanabilecek kadar disiplinli ve katılımcı hasta veya hasta yakınıdır (40).

Doktor ve özellikle periton diyalizi hemşiresi hastaya uygulamayı ve diyalizin temel prensiplerini belli bir eğitim programı çerçevesinde anlatmalı, anlatılanların hasta tarafından titizlikle uygulanabileceğine emin olmadıkça hasta SAPD programına kabul edilmemelidir (23). Eğitim hasta periton diyalizi programına başladıktan sonrada devam etmelidir. Hasta ile periton diyalizi hemşiresinin her an iletişimini sağlayabilecek standart telefon ya da cep telefonu gibi araçlar mutlaka temin edilmelidir. Periton diyalizi hemşiresi hastayı yeterince sık ve düzenli olarak evinden telefonla aramalı, gerektiğinde hasta hemşireye gecikmeden ulaşabilmelidir. Bu durum sağlanamazsa, tedavinin komplikasyonları getirdiği yararları çok kısa süre içinde gölgeler ve sonuç iki tarafı da memnun edici olmaktan uzaklaşır (23,40).

Periton diyalizi hastalarında peritonit, kateter çıkış yeri infeksiyonu, kateter tünel infeksiyonu, obesite, protein malnütrisyonu, sıvı dengesi ile ilgili bozukluklar ve karın duvarı ile ilgili komplikasyonlar görülebilmektedir (40,42).

2. 2. ÖZ YETERLİLİK

Öz etkililik/ öz yeterlilik kavramı ilk kez psikolog Albert Bandura tarafından 1977 yılında, “Sosyal Öğrenme Kuramı” kapsamında ileri sürülmüştür. Bu kavram, hemşirelik ve psikoloji alanlarında sağlık ile ilgili davranışların bir göstergesi olarak yaygın olarak kullanılmaktadır (43).

Güçlü bir bireysel etkililik hissinin; daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı elde etme ve daha iyi sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu savunulmaktadır. Dolayısıyla bu kavram; okul başarısı, emosyonel bozukluklar, mental ve fiziksel sağlık, kariyer seçimi ve sosyo-politik değişim gibi pek çok farklı alanda kullanılmıştır (44-47).

Bandura (48), hem öz yeterlilik beklentilerinin hem de sonuç beklentilerinin davranışı etkilediğini belirtmektedir. Öz yeterlilik beklentisi, verilen bir işi yapabilmek için gerekli eylemleri yapabilme algısı olarak tanımlanmaktadır.

Sonuç beklentisi ise bir görevi beklenen yeterli düzeyinde yerine getirmenin olası sonuçlarını tahmin etme anlamına gelmektedir. Bireyler belirli davranışların belirli sonuçlar doğuracağına inanabilirler. Fakat kendilerinin gerekli davranışları yapamayacaklarına dair algıları varsa, ilgili davranışa başlamayacak, başlasalar bile o davranışı yapmada ya da sonlandırmada ısrarlı olmayacaklardır. Bununla birlikte öz yeterlilik gerçekçi olmayan iyimserlik veya hayal kurma ile aynı değildir. Aksine, deneyimlere dayanır, mantıklı olmayan riskleri almaya neden olmaz. Bireyin kendi yeteneklerini, kapasitesini daha objektif bir şekilde değerlendirmesini sağlar (48).

Bandura (48), insanların, yaşamları boyunca edindikleri deneyimlere dayalı olarak, kendi baş etme yeteneklerine ilişkin özel inançlar geliştirdiklerini ve sahip oldukları öz yeterlilik inançları arttıkça davranış değişikliklerinin de arttığını belirtmiştir. Öz yeterlilik inancı; “bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinliği organize edip, başarılı olarak yapma kapasitesine duyduğu inanç” olarak da ifade edilmektedir (49,50). Bir davranışın başarı ile yapılmasında, bireyin sahip olduğu bireysel etkililik inancının, o davranışın yapılmasını etkilediği ve yönlendirdiği söylenebilir (48,50). Bu “yapabilirim” inancı, bireyin içinde bulunduğu şartları kontrol altına alma hissini yansıtır ve birey sonuca ulaşabileceğine inanıyorsa, daha aktif davranarak yaşamının seyrini kendisi belirler (49).

Öz yeterlilik inancı, birbiri ile etkileşim hâlinde olan başlıca dört bilgi kaynağına dayandırılmaktadır (48). Bunlar:

1. Performans Başarılar (Yapılan İşler ve Ulaşılan Hedefler): Bireyin giriştiği işlerde gösterdiği başarı onun daha sonra benzer işlerde de başarılı olacağını göstergesidir. Dolayısıyla yaşanan başarı, ödül etkisi yaparak bireyi gelecekte de benzer davranışlara güdülemektedir.
2. Dolaylı Yaşantılar (Başkalarının Deneyimleri): Pek çok beklenti, diğer kişilerin deneyimlerinden kaynaklanmaktadır. Başka kişilerin başarılarını gözlemek, kişinin başarılı olabileceği beklentisine girmesini sağlayabilir.
3. Sözel İkna: Bir davranışın başarıyla yapılabileceğine ilişkin teşvik ve öğütlerle bireyin cesaretlendirilmesi, öz yeterlilik beklentilerinin değişmesine neden olabilir.
4. Duygusal Durum: Bireyin davranışa girişeceği sırada bedensel ve duygusal olarak iyi durumda olması girişimde bulunma olasılığını artırır.

Öz yeterlilik, bireyin nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliktir. Öz yeterlilik düzeyi, harekete geçmek için bireyin motivasyonunu arttırabilir ya da harekete geçmeyi engelleyebilir. Öz yeterliliği yüksek olan bireyler daha karmaşık ve riskli görevleri seçerler. Kendilerine yüksek hedefler belirler ve bu hedeflere ulaşmak için de azimle çalışarak çok çaba sarf ederler. Güçlü bir bitirme hissi, işlemleri kavramayı kolaylaştırır ve performansı olumlu yönde etkiler (43,47). Öz yeterliliği yüksek olan bireylerin, öz yeterliliği düşük olan bireylere göre daha fazla çaba gösterdiği ve bu çabalarını uzun süre sürdürdükleri de bildirilmektedir. Buna bağlı olarak, öz yeterliliği yüksek olan bireylerin engellerle karşılaştıklarında daha hızlı toparlanabildikleri ve hedeflerine bağlılıklarını sürdürdükleri belirtilmektedir. Öz yeterliliğin yüksek olmasının aynı zamanda insanlara zorlayıcı ortamlar seçme, çevrelerini araştırma ya da yeni çevreler yaratma fırsatı verdiği de söylenmektedir (48,49). Öz yeterliliği düşük olan bireyler ise düşük öz güvene sahiptirler. Bireysel başarıları ve gelişimleri hakkında kötümser düşünceler beslerler. Ayrıca bir işe başlamakta, başladığı işi sürdürmekte ve bitirmekte zorlanırlar. Düşük öz yeterlilik hissi depresyon, anksiyete ve çaresizlik ile birlikte (45,47).

Tsay (51)'ın SDBY hastaları ile yaptığı çalışmada sıvı kısıtlaması ve diyetle uyumda öz yeterlilik eğitiminin etkili olduğu saptanmıştır. Mollaoğlu ve Bağ (9)'ın yaptığı çalışmada ise HD hastalarının öz yeterlilik düzeylerinin düştük olduğu tespit edilmiştir. Andrew (44)'in çalışmasında, hemşirelik öğrencilerinin öz yeterlilik düzeyi ile derslerdeki başarıları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

2.3. SOSYAL DESTEK

Sosyal desteğin tanımı üzerinde görüş ayrılıkları olmakla birlikte, genellikle, stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım olarak tanımlanmaktadır (52). İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri olarak tanımlanır (53).Yapılan çalışmalar sosyal destek kaynaklarının bireye üç farklı şekilde yardım sunduğunu ortaya koymuştur (54,55).

Maddi destek, bireyin günlük sorumluluklarını gerçekleştirebilmesi için gereksinim anında başkaları tarafından sağlanan maddi destek ve ekonomik yardım gibi bir eylemdir. Örneğin annenin sabrı ya da gücü tükendiğinde başka biri geçici olarak bebeğin bakımını üstlenebilir, işsiz kalan kişiye bir yakını yeni bir iş bulabilir ya da borç para verebilir (53).

Duygusal destek, bireyin sevgi, şefkat, güven, ilgi, empati ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar. Bireyin kişilerarası ilişkilerinde kabul edildiğini, değer verildiğini gösterir (53). Duygusal destekte sırdaş ilişkisinin önemi vurgulanmış, hiçbir sırdaşı olmayan insanların, yaşam stresinden daha fazla etkilendikleri ve psikopatolojik semptomların daha fazla olduğu belirlenmiştir (56).

Zihinsel (bilişsel) destek, bireyin sorunlarını çözmesine yardım edecek bilgidir. Bireyin kendisini tanımasına yol açan ve benlik değerini ortaya çıkartan geri bildirimler de birer zihinsel destektir. Bu duruma işe yeni başlayan bir bireye, daha deneyimli olan arkadaşları tarafından işin inceliklerinin ve kendisinden beklenilenin anlatılması, okulda başarısız olan öğrencinin arkadaşları tarafından çalıştırılması ya da sınav taktiklerinin verilmesi örnek verilebilir. Başka insanların sıklıkla bireyin içinde bulunduğu durumu yeniden yorumlamasına yardımcı olduğunu düşünülmektedir (53).

2. 4. ÖZ YETERLİLİK, SOSYAL DESTEK VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Kronik hastalığı olan bireylerden hastalık sürecini kontrol etmek için ciddi yaşam tarzı değişiklikleri yapması istenmektedir. Yaşam deneyimleri, hastalığın algılanması, diyetle uyumu ve bireysel yeterlilikleri kronik hastalığın etkili yönetimi için önemlidir. Eğer birey diyetini uygulayacak yeteneğe sahip olduğunu düşünürse önerileri takip etmesi daha kolay olur ve daha az komplikasyonla karşılaşır. Hemşire bu noktada hastanın ihtiyaçlarının yeterliliklerini farkına varmalı ve hemşirelik uygulamalarına bu doğrultuda yön vermelidir (57). Tsay'(51)ın 2003 yılında hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada, hastaların ortalama vücut ağırlığı artışını kontrol etmede öz yeterlilik eğitiminin etkili olduğu gösterilmiştir.

Hemşireler, diyaliz hastalarını destekleyici çevrede kendi amaçlarına ulaşabilecekleri durumlar yaratarak öz yeterliliğini etkilemede rol alabilirler (51). Sağlık eğitimde önemli bir yere sahip olan hemşireler, bireylerin sağlıkla ilgili davranış değişikliklerini başarılı bir şekilde başlatmaları ve sürdürebilmeleri için eğitim

programları içinde hastalığın bakımı ve tedavisi ile ilgili bilgilerin yanında öz yeterlilik kavramına da yer vermelidirler (20).

Bireyin öz yeterlilik algılarını güçlenmesine yönelik yardım girişimleri için, öz yeterliliğin nasıl geliştiğinin bilinmesi gerekir. Bireyin kendisi hakkındaki doğru ya da yanlış yargısının kaynakları şunlardır:

1. Bireyin geçmiş deneyimleri,
2. Başkalarının deneyimleri,
3. Bireyin davranışı gerçekleştirme yeteneği olduğuna ikna olması,
4. Durumsal faktörler (10,48).

Hemşireler bireyin davranışları hem bilişsel algılardan hem de sosyal çevreden etkilendiği için olumlu davranış değişimini sağlamaya yönelik girişimlerde, sosyal öğrenme teorileri ile bilişsel davranış teorilerinden yararlanmalıdır. Davranış değişimi sürecinde bireyi destekleyen eş, arkadaş ve iş çevresi değişimin başlatılması ve sürdürülmesinde önemli olan sosyal destek sistemleridir. Sosyal destek bireyin yeterliliğin oluşmasında önemli bir faktördür (48).

Sosyal desteğin yeterli ya da yetersiz olarak tanımlanması, müdahale gerektirip gerektirmemesine göre belirlenmelidir. Eğer, sosyal destek ihtiyaç olduğu an elde edilebiliyorsa yeterlidir fakat elde etmek için müdahale gerekirse yetersizdir (58).

Sosyal desteğin sağlanmasında hemşirenin rolü büyüktür. Hemşire destekleyici ilişkiler gereksinimi, çeşitli stresörler ve yaşam değişiklikleri ile baş edebilmek ve günlük rollerin gerçekleştirilmesi için gereklidir (59). Sosyal destek sağlamada hemşirenin kullandığı rollerinden biri de danışmanlıktır. Hemşirenin, sosyal destek danışmanlığında ilk olarak bireyin yaşadığı zorlukları tanımlaması gerekir. Daha sonra, bireyin yaşadığı en önemli zorluğun belirlenip ortaya konması ve ne tür sosyal desteğin verileceğine karar verilmesi gerekir. Verilen sosyal desteğin, yaşanan sorunun gelişmesine etkisinin olup olmadığı ortaya konmalıdır (60). Bireyin sosyal desteğinin yetersiz olması durumunda nedeninin belirlenmesi gerekir. Sosyal desteğin etkisini birey merkezli engeller veya dışarıdan kaynaklanan engeller azaltabilir. Bireyi etkileyen bu engellerin belirlenmesi, sosyal desteğin etkisinin artırılması açısından oldukça önemlidir. Ayrıca hemşirenin, danışmanlık boyunca son derece sabırlı olması, empati yapabilmesi ve bireye güven vermesi gerekir (53).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma diyaliz tedavisi alan hastaların öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Kayseri il merkezinde yer alan Erciyes Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Semiha Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz ve Periton diyalizi üniteleri, Özel Umut Diyaliz Merkezi, Özel Lifos Diyaliz Merkezi, Özel Rensa Diyaliz Merkezi ve Kayseri Erciyes Diyaliz Merkezi'nde yapılmıştır.

Erciyes Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Semiha Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde 12 hemşire, periton diyalizi ünitesinde 4 hemşire çalışmaktadır. Ünite de 25 cihaz bulunmakta olup, HD de 10, periton diyalizinde 130 olmak üzere toplam 140 kayıtlı hastaya hizmet verilmektedir.

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde 19 hemşire çalışmakta ve ünite de toplam 33 cihaz bulunmaktadır. Periton diyaliz ünitesinde ise 2 hemşire çalışmaktadır.

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi HD Ünitesinde 80, periton diyalizinde 40 olmak üzere toplam 120 hasta takip edilmektedir. Özel Umut Diyaliz Merkezinde 100, Özel Lifos Diyaliz Merkezinde 130, Özel Rensa Diyaliz Merkezinde 70 ve Kayseri Erciyes Diyaliz Merkezinde 90 hasta bulunmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini; Kayseri il merkezinde bulunan kamu hastaneleri ve özel diyaliz merkezlerinden hizmet alan 650 hasta oluşturmuştur.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş olup evrenin tamamının örnekleme alınması planlanmıştır. Araştırmanın örneklemini Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden 81, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 103, Özel Rensa Diyaliz Merkezi'nden 60, Özel Lifos Diyaliz Merkezi'nden 112, Özel Umut Diyaliz Merkezi'nden 90 ve Özel Kayseri Erciyes Diyaliz Merkezi'nden 75 hasta olmak üzere araştırmanın dahil edilme ölçütlerine uyan ve araştırmayı kabul eden 521 hasta oluşturmuştur. Araştırmada evrenin %80.1'ine ulaşılmıştır.

3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME ÖLÇÜTLERİ

- En az 6 aydır diyalize giren,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Bilinci açık olan,
- Sözel iletişim kurabilen,
- Görme ve işitme engeli olmayan bireyler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Veri toplama aracı olarak hasta tanıtım formu (EK-II), genel öz yeterlilik ölçeği (EK-III) ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇASDÖ) (EK-IV) kullanılmıştır. Formlar hastaların diyaliz seansları sırasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur.

3.6.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-II): Diyaliz tedavisi alan bireylerin bazı tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve çalışma durumu gibi) ve hastalıklarıyla ilgili özelliklerini (tanı süresi, hemodiyaliz süresi, ek kronik hastalık varlığı gibi) belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanan toplam 24 soru yer almaktadır (9,61,62).

3.6.2. Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (EK-III): 1979 yılında Mathias Jerusalem ve Ralf Schawazzer tarafından geliştirilmiş ve Usta Yeşilbalkan (63) tarafından 2005 yılında periton diyalizi uygulanan hastalarda geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe formunda 10 ifade bulunmakta ve her biri 1'den 3'e kadar değişebilen puanlar almaktadır. Ölçekten elde edilen en düşük puan 10, en yüksek puan ise 30 olarak değerlendirilmektedir.

Bireyin ölçek puanı artıkça öz yeterlilik düzeyi artmaktadır (63). Usta Yeşilbalkan'ın (63) çalışmasında ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.93 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.96 olarak tespit edilmiştir.

3.6.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇASDÖ) (EK-IV):

Zimmet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir (64). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Eker ve Akar tarafından 1995 yılında yapılmıştır (65). Ölçeğin Türkçe formu, orijinalinde olduğu gibi algılanmış sosyal desteğin kaynağını gösteren (arkadaş, aile ve özel insan) üç alt ölçekten ve 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçek bireyin sosyal desteği ile ilgili kaynağın yeterliliğini ölçen “Tamamen Katılmıyorum” (1), “Çoğunlukla Katılmıyorum” (2), “Katılmıyorum” (3), “Kararsızım” (4), “Katılıyorum” (5) “Çoğunlukla Katılıyorum” (6) ile “Tamamen Katılıyorum” (7) arasında değişen 7’li likert tipinde bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek algılanan sosyal desteğin kaynağını aile, arkadaşlar ve anlamlı diğerleri olmak üzere üç alt boyutta değerlendirmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (65). Eker ve Akar (65) tarafından yapılan çalışmada cronbach's alpha değeri 0.89, bu çalışma da ise 0.96 olarak bulunmuştur.

3.6.4. Ön Uygulama

Hazırlanan soru formunun işlerliğini değerlendirmek amacıyla 6 hastayla ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası anket formunda gerekli düzenlemeler yapılmış ve ön uygulamaya alınan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ön uygulamada anket formunun uygulama süresinin ortalama 15-20 dakika olduğu belirlenmiştir.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS 22.0 paket programı (IBM Corp, Armonk, New York, USA) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Verilerin normallik dağılımı Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenler için bağımsız iki örnek t testi, Pearson Korelasyon Analizi; normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann-Whitney U testi, Dunn Bonferroni çoklu karşılaştırması, Wilcoxon testi, Spearman Korelasyon Analizleri kullanılmıştır.

Kategorik değişkenlerin karşılaştırmalarında ki kare testinden yararlanılmıştır. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim, sosyo-ekonomik durum gibi sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleridir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni; Hastaların Öz-yeterlilik ve sosyal destek ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarıdır.

3.8. ETİK KURUL

Araştırmaya başlamadan önce Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'den Akademik Kurul (**EK-V**) ve Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik kurul izni (**EK-VI**) alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yapılacağı kurumlardan yazılı izin (**EK-VII**) ve çalışmaya alınacak hastalardan sözlü izin ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü oluru imzalatılmıştır (**EK- I**).

4. BULGULAR

Çalışmanın bulguları hastaların tanıtıcı özellikleri, hastalıkla ilgili özellikleri, çok boyutlu sosyal destek ölçeği, öz yeterlilik ölçeği ve değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi şeklinde incelenmiştir.

Tablo 4.1.'de diyaliz hastalarının tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Hastaların %54.1'inin erkek, %28.2'sinin 51-60 yaş grubunda, %87.1'inin evli, %88.1'inin çocuk sahibi olduğu ve %60.8'inin eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu saptanmıştır.

Çalışmada hastaların %63.2'sinin il merkezinde yaşadığı ve %96.5'inin çalışmadığı belirlenmiştir. Hastaların %98.3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %73.7'sinin gelir durumunun orta düzeyde olduğu, %42.6'sının eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı ve %86.0'ının günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ($n=521$)

Özellikler	<i>(n)</i>	<i>(%)</i>
Cinsiyet		
Erkek	282	54.1
Kadın	239	45.9
Yaş Grubu		
40 ve altı	70	13.4
41- 50	92	17.7
51- 60	147	28.2
61- 70	126	24.2
71 ve üstü	86	16.5
Eğitim Durumu		
Okuryazar /okuryazar değil	146	28.0
İlköğretim	317	60.8
Lise ve üstü	58	11.2
Medeni Durumu		
Evli	454	87.1
Bekâr	67	12.9
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	459	88.1
Hayır	62	11.9
Çocuk Sayısı ($n=459$)*		
1- 2 çocuk	133	29.0
3- 4 çocuk	217	47.3
5 ve üstü çocuk	109	23.7
Yaşadığı Yer		
İl	329	63.2
İlçe	148	28.4
Köy	44	8.4
Çalışma Durumu		
Çalışmayan	503	96.5
Çalışan (işçi, memur, serbest)	18	3.5
Gelir Düzeyi		
İyi	56	10.7
Orta	384	73.7
Kötü	81	15.6
Sosyal Güvence		
Var	512	98.3
Yok	9	1.7
Birlikte Yaşadığı Kişi		
Eş ve çocuk	222	42.6
Eş	128	24.6
Çocuk	95	18.2
Ebeveyn	43	8.3
Yalnız	20	3.8
Diğer (bakıcı, akraba vs.)	13	2.5
Bağımsızlık Düzeyi		
Bağımsız	448	86.0
Yarı Bağımlı	53	10.2
Bağımlı	20	3.8

*Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalıkla İlgili Özellikleri (n=521)

Özellikler	n	%
Tanı Süresi		
1 yıl ve altı	44	8.4
2- 7 yıl	297	57.0
8- 13 yıl	115	22.1
14 yıl ve üstü	65	12.5
Diyaliz Tipi		
Hemodiyaliz	420	80.6
Periton diyalizi	101	19.4
Diyaliz Süresi (Yıl)	<i>Ortalama (Q₁-Q₃)</i>	
Hemodiyaliz süresi	5 (3- 8)	
Periton diyaliz süresi	4 (3- 7)	
Diyaliz Sıklığı (Gün)	<i>Ortanca (ekd-ebd)</i>	
Hemodiyaliz sıklığı	3 (2- 3)	
Periton diyaliz değişim sıklığı	4 (1- 4)	
Ek Kronik Hastalık		
Var	412	79.1
Yok	109	20.9
Kronik Hastalık**		
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	385	58.4
Metabolik ve endokrin sistem hastalıkları	220	33.4
Solunum sistemi hastalıkları	35	5.3
Diğer (kan hast.,otoimmün hast. vs.)	19	2.9
Kullanılan İlaçlar **		
Üriner sistem ilaçları	488	36.2
Kardiyovasküler sistem ilaçları	292	21.7
Gastrointestinal sistem ilaçları	273	20.2
Endokrin sistem ilaçları	176	13.0
Sinir sistemi ilaçları	83	6.2
Solunum sistemi ilaçları	37	2.7
Sağlığı Algılama Durumu		
İyi	351	67.4
Orta	153	29.4
Kötü	17	3.2
Şikayet Yaşama Durumu*		
Şikayet yaşayan	323	62.0
Şikayet yaşamayan	198	38.0
Yaşanan Şikayetler		
Halsizlik, yorgunluk	156	48.3
Ağrı	72	22.3
Hipotansiyon	43	13.3
Diğer (enfeksiyon, kramp, baş dönmesi vs)	52	16.1
Hastalıkla Baş Etme Durumu		
Baş edebildiğini ifade eden	428	82.1
Baş edemediğini ifade eden	93	17.9
Destek Gereksinimi		
İhtiyacı olmayan	320	61.4
Psikolojik destek	133	25.5
Fiziksel destek	45	8.6
Maddi destek	16	3.2
Sosyal destek	7	1.3
Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu		
Almayan	392	75.2
Alan	129	24.8
Eğitim Veren Kişi *		
Hemşire	116	89.9
Doktor	13	10.1
Eğitim Süresi /Yıl	<i>Ortanca (Q₁-Q₃)</i>	
	5 (3-8)	

* Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır

** Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.2’de diyaliz tedavisi alan hastaların hastalıklarıyla ilgili özellikleri yer almaktadır. Hastaların %57.0’inin tanı süresi 2-7 yıl ve %80.6’sı HD tedavisi almaktadır. Hemodiyaliz hastalarının diyaliz süresi ortalaması 5(3-8) yıl, haftada HD diyalize girme sıklığı ortancası 3(2-3) kez iken, periton diyalizi alan hastaların diyaliz süresi ortalaması 4(3-7) yıl, diyaliz değişim sıklığı ortancası ise 4(1-4) kez olarak bulunmuştur. Çalışma grubundaki hastaların %79.1’inin ek kronik hastalığının olduğu ve ek kronik hastalığı olan hastaların %58.4’ünün kardiyovasküler sistem hastalığına sahip olduğu belirlenmiştir. Diyaliz hastalarının %67.4’ü sağlığını iyi algıladığını, %62.0’ı hastalıkla ilgili şikayetler yaşadığını ve şikayeti olanların %48.3’ü halsizlik ve yorgunluktan yakındığını, %82.1’i hastalıkla baş edebildiğini ve %61.4’ü desteğe ihtiyacı olmadığını ifade etmiştir. Çalışmada hastaların %75.2’sinin hastalıkla ilgili eğitim almadığı, eğitim alanların %89.9’unun bu eğitimi hemşirelerden aldığı saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.3.’de hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi alan hastaların tanıtıcı özellikleri verilmiştir. HD tedavisi alan hastaların %54.3’ünün erkek, %28.8’inin 51-60 yaş grubunda, %63.4’ünün ilköğretim mezunu, %69.3’ünün evli, %90.5’inin çocuk sahibi olduğu, %97.1’inin çalışmadığı, %74.5’orta düzeyde gelire sahip olduğu, %40.5’inin eş ve çocukları ile yaşadığı ve %86.0’inin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olduğu tespit edilmiştir. Periton diyalizi tedavisi alan hastaların ise %53.5’inin erkek, %31.7’sinin 41-50 yaş grubunda, %60.2’sinin ilköğretim mezunu, %78.2’sinin evli, %78.2’sinin çocuk sahibi olduğu, %94.0’inin çalışmadığı, %70.3’ünün orta düzeyde gelire sahip olduğu, %51.5’inin eş ve çocukları ile yaşadığı ve %86.1’inin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olduğu belirlenmiştir. Hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi alan hastalar arasında yaş grubu ($p<0.001$), medeni durum ($p<0.05$), çocuk sahibi olma ($p<0.05$) ve gelir düzeyleri ($p<0.05$) arasında anlamlı bir fark bulunurken; cinsiyet, meslek, eğitim durumu vd. gibi tanıtıcı özellikler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 4.3. Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Alan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Özellikler	Hemodiyaliz		Periton Diyalizi		Test
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>p</i>
Cinsiyet					
Erkek	228	54.3	54	53.5	0.484
Kadın	192	45.7	47	46.5	
Yaş Grubu					<0.001
40 ve altı yaş	49	11.7	21	20.8	
41-50 yaş	60	14.3	32	31.7	
51-60 yaş	121	28.8	26	25.7	
61-70 yaş	107	25.4	19	18.8	
71 ve üstü yaş	83	19.8	3	3.0	
Eğitim Düzeyi					0.153
Okuryazar/okuryazar değil	122	29.0	24	23.8	
İlköğretim	253	60.2	64	63.4	
Lise ve üstü	45	10.8	13	12.9	
Medeni Durumu					0.004
Evli	375	69.3	79	78.2	
Bekar	45	10.7	22	21.8	
Çocuk Sahibi Olma Durumu					0.001
Evet	380	90.5	79	78.2	
Hayır	49	9.5	22	21.8	
Çocuk Sayısı *					0.72
1-2 çocuk	107	28.2	26	32.9	
3-4 çocuk	175	46.1	42	53.2	
5 ve üstü çocuk	98	25.7	11	13.9	
Yaşadığı Yer					0.093
İl	274	65.2	55	54.5	
İlçe	110	26.2	38	37.6	
Köy	36	8.6	8	7.9	
Çalışma Durumu					0.037
Çalışmayan	408	97.1	95	94.0	
Çalışan**	11	2.9	6	6.0	
Gelir Durumu					0.012
İyi	38	9.1	18	17.8	
Orta	313	74.5	71	70.3	
Kötü	69	16.4	12	11.9	
Sosyal Güvence					0.076
Var	415	98.8	97	96.0	
Yok	5	1.2	4	4.0	
Birlikte Yaşadığı Kişi					0.403
Eş ve çocuk	170	40.5	52	51.5	
Eş	111	26.4	17	16.8	
Çocuk	81	19.3	14	13.9	
Ebeveyn	27	6.4	16	15.8	
Yalnız	18	4.3	2	2.0	
Diğer (bakıcı, akraba vs.)	13	3.1	0	0.0	
Bağımsızlık Düzeyi					0.371
Bağımsız	361	86.0	87	86.1	
Yarı Bağımlı	41	9.8	12	11.9	
Bağımlı	18	4.2	2	2.0	

*Yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.4. Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Alan Hastaların Hastalıkla İlgili Özellikleri

Özellikler	Hemodiyaliz		Periton Diyalizi		Test
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p</i>
Tam Süresi					
1 yıl ve altı	35	8.3	9	8.9	0.123
2- 7 yıl	236	56.2	61	60.4	
8- 13 yıl	92	21.9	23	22.8	
14 yıl ve üstü	57	13.6	8	7.9	
Ek Kronik Hastalık					
Var	338	80.5	74	73.3	0.074
Yok	82	19.5	27	26.7	
Kronik Hastalık **					
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	305	56.9	80	65.1	
Metabolik ve endokrin sistem hastalıkları	181	33.7	39	31.7	
Solunum sistemi hastalıkları	32	5.8	3	2.4	
Diğer (kan hast., otoimmün hast. vs.)	18	3.6	1	0.8	
Kullanılan İlaçlar **					
Üriner sistem ilaçları	395	35.6	93	38.8	
Kardiyovasküler sistem ilaçları	228	20.6	64	26.7	
Gastrointestinal sistem ilaçları	233	21.0	40	16.7	
Endokrin sistem ilaçları	144	12.9	32	13.3	
Sinir sistemi ilaçları	75	6.8	8	3.3	
Solunum sistemi ilaçları	34	3.1	3	1.2	
Sağlığı Algılama Durumu					
İyi	289	68.8	62	61.4	0.72
Orta	119	28.3	34	33.7	
Kötü	12	2.9	5	5.0	
Şikayet Yaşama Durumu					
Şikayet yaşayan	265	63.1	59	58.4	0.224
Şikayet yaşamayan	155	36.9	42	41.6	
Yaşanan Şikayetler					
Halsizlik, yorgunluk	135	51.1	21	35.6	0.002
Ağrı	58	22.0	14	23.7	
Hipotansiyon	43	16.3	0	0.0	
Diğer(enfeksiyon, kramp, baş dönmesi vs)	29	10.6	24	40.7	
Hastalıkla Baş Etme Durumu					
Baş edebilen	350	83.3	78	77.2	0.100
Baş edemeyen	70	16.7	23	22.8	
Destek Gereksinimi					
İhtiyacı olmayan	264	62.9	56	55.4	0.75
Psikolojik destek	103	24.5	30	29.7	
Fiziksel destek	37	8.8	8	7.9	
Maddi destek	12	2.8	4	4.0	
Sosyal destek	4	1.0	3	3.0	
Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu					
Almayan	392	93.3	0	0.0	<0.001
Alan	28	6.7	101	100.0	
Eğitim Veren Kişi					
Hemşire	19	67.9	97	96.0	<0.001
Doktor	9	32.1	4	4.0	

** Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.4.'de hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi alan hastaların hastalıkla ilgili özellikleri incelenmiştir. HD tedavisi alan hastaların %56.2'sinin, periton diyalizi tedavisi alan hastaların %60.4'ünün hastalık tanı süresinin 2-7 yıl arasında olduğu bulunmuştur. HD hastalarının %80.5'inde ek kronik hastalık olduğu, %56.9'unda bu ek kronik hastalığın kardiyovasküler sistem hastalığı olduğu ve %35.6'sının üriner sistem ilaçları kullandığı tespit edilmiştir. Periton diyalizi hastalarının ise %73.3'ünde ek kronik hastalık olduğu, %65.1'inin ek kronik hastalığının kardiyovasküler sistem hastalığı olduğu ve %38.8'inin üriner sistem ilaçları kullandığı saptanmıştır. HD tedavisi alan hastaların %68.8'i sağlığını iyi olarak algıladığını, %83.3'ü hastalıkla baş edebildiğini, %63.1'i hastalıkla ilgili şikayet yaşadığını, %62.9'u destek gereksinimi olmadığını ifade etmiştir. Periton diyaliz uygulanan hastaların ise %61.4'ü sağlığını iyi olarak algıladığını, %77.2'si hastalıkla baş edebildiğini, %58.4'ü hastalıkla ilgili şikayet yaşadığını, %55.4'ü destek gereksinimi olmadığını bildirmiştir. HD ve periton diyalizi tedavisi alan hastalar arasında yaşanan şikayetler ($p<0.05$), hastalık hakkında eğitim alma durumu ve eğitimi veren kişi ($p<0.001$) yönünden anlamlı bir fark bulunurken, hastalıkla ilgili diğer özellikler yönünden anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 4.5. Diyaliz Hastalarının Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Ölçeği İstatistikleri

İstatistikler	ÇASDÖ Aile	ÇASDÖ Arkadaş	ÇASDÖ Yakın Çevre	ÇASDÖ Toplam	Öz Yeterlilik
Madde Sayısı	4	4	4	12	10
Cronbach alfa	0.965	0.989	0.990	0.943	0.961
X± SS	25.14±4.88	15.62±8.83	16.85±8.21	57.62±18.04	22.41±6.62
Ort (ekd-ebd)	27(4-28)	16(4-28)	20(4-28)	60(12-84)	24 (10-30)

Tablo 4.5'te ölçek istatistikleri verilmiştir. Tüm ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları %90'ın üzerinde bulunduğu için ölçeklerin güvenilir olduğu belirlenmiştir. ÇASDÖ toplam puan ortalamasının 57.62 ± 18.04 olduğu ve ÇASDÖ aile puan ortalaması 25.14 ± 4.88 , ÇASDÖ yakın çevre puan ortalaması 16.85 ± 8.2 ve ÇASDÖ arkadaş puan ortalaması 15.62 ± 8.83 olduğu bulunmuştur. Ayrıca öz yeterlilik puan ortalaması 22.41 ± 6.62 'dir.

Tablo 4.6. Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Alan Hastaların Sosyal Destek ve Öz Yeterlilik Ölçeği İstatistikleri

İstatistikler	ÇASDÖ Aile	ÇASDÖ Arkadaş	ÇASDÖ Yakın Çevre	ÇASDÖ Toplam	Öz Yeterlilik
Hemodiyaliz X± SS	25.15±5.10	15.23±8.30	16.24±8.95	56.63±18.43	22.30±6.77
Periton Diyalizi X± SS	25.07±3.90	17.27±8.18	19.35±7.32	61.71±15.71	22.87±5.98

Tablo 4.6'da hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi alan hastalarının sosyal destek ve özyeterlilik ölçek istatistikleri verilmiştir. HD tedavisi alan hastaların ÇASDÖ toplam puan ortalaması 56.63 ± 18.43 , ÇASDÖ aile puan ortalaması 25.15 ± 5.10 , ÇASDÖ yakın çevre puan ortalaması 16.24 ± 8.95 , ÇASDÖ arkadaş puan ortalaması 15.23 ± 8.30 ve öz yeterlilik puan ortalaması 22.30 ± 6.77 'dir. Periton diyalizi tedavisi alanların ise ÇASDÖ toplam puan ortalamasının 61.71 ± 15.71 , ÇASDÖ aile puan ortalamasının 25.07 ± 3.90 , ÇASDÖ yakın çevre puan ortalamasının 19.35 ± 7.32 , ÇASDÖ arkadaş puan ortalamasının 17.27 ± 8.18 ve öz yeterlilik puan ortalamasının 22.87 ± 5.98 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.7'de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre ÇASDÖ ve öz yeterlilik ölçeği puanları incelendiğinde erkeklerin öz yeterlilik, ÇASDÖ aile, ÇASDÖ arkadaş, ÇASDÖ yakın çevre ve ÇASDÖ toplam puanları kadınlara göre daha yüksek bulunmuş olup, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$) ($p < 0.05$).

Çalışmada hastaların yaş gruplarına göre öz yeterlilik düzeyleri incelendiğinde, ÇASDÖ alt boyutları ve toplam puanlarının 61-70 ve 71 ve üstü yaş grubunda olan hastalarda daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ÇASDÖ aile alt boyutu dışında anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Ayrıca 61-70 ile 71 ve üstü yaş gruplarında olanların ÇASDÖ toplam ve öz yeterlilik puanlarının benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir.

Eğitim düzeyi okur-yazar/ okur-yazar olmayan hastaların öz yeterlilik, ÇASDÖ aile, arkadaş, yakın çevre ve toplam puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Çalışmada evli olan hastaların ÇASDÖ aile alt boyutu puanlarının bekârlara göre daha yüksek olduğu, ÇASDÖ arkadaş ve yakın çevre alt boyutu puanlarının ise evlilerde daha düşük olduğu bulunmuş olup, bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0.05$). Ayrıca bekar olan hastaların öz yeterlilik puanlarının evlilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çocuğu olmayan hastaların sosyal destek ($p<0.05$) ve öz yeterlilik ($p<0.001$) düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Ancak çocuğu olmayan hastaların ÇASDÖ aile alt boyutu puanları düşük iken ÇASDÖ arkadaş ($p<0.05$) ve yakın çevre ($p<0.001$) alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çocuk sayısı fazla olan hastaların ÇASDÖ aile ($p<0.05$), ÇASDÖ arkadaş ($p<0.001$), ÇASDÖ yakın çevre ($p<0.05$), ÇASDÖ toplam ($p<0.001$) ve öz yeterlilik ($p<0.001$) ölçeği puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada çalışan hastaların ÇASDÖ arkadaş, ÇASDÖ yakın çevre, ÇASDÖ toplam ve öz yeterlilik puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastaların birlikte yaşadığı bireyler incelendiğinde; yalnız yaşayan hastaların ÇASDÖ alt boyutları ve toplam puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Öz yeterlilik düzeyinin ise çocuğu ile yaşayanlarda diğer gruplara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$).

Tablo 4.7. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre ÇASDÖ ve Öz Yeterlilik Ölçeği Puanları

Özellikler	ÇASDÖ Aile Ort(Q1-Q3)	ÇASDÖ Arkadaş Ort(Q1-Q3)	ÇASDÖ Yakın Çevre Ort(Q1-Q3)	ÇASDÖ Toplam Ort(Q1-Q3)	Öz Yeterlilik Ort(Q1-Q3)
Cinsiyet					
Kadın	27.0 (23.0-28.0)	16.0 (4.0-24.0)	16.0 (6.0-24.0)	56.0 (36.0-71.0)	21.0 (14.0-27.0)
Erkek	28.0 (25.0-28.0)	19.5 (8.0-24.0)	20.0 (12.0-24.0)	63.5 (48.0-76.0)	26.0 (20.0-29.0)
<i>p</i>	<0.001	<0.001	0.006	<0.001	<0.001
Yaş Grubu					
40 ve altı yaş	27.5 (25.7-28.0)	23.5 (16.0-27.0) ^a	24.0 (19.0-26.0) ^a	72.0 (55.8-79.0) ^a	27.5 (26.0-30.0) ^a
41-50 yaş	28.0 (26.0-28.0)	23.0 (16.0-26.0) ^a	24.0 (16.0-26.0) ^a	70.5 (56.0-79.8) ^a	27.0 (23.0-29.0) ^{ab}
51-60 yaş	27.0 (24.0-28.0)	17.0 (8.0-24.0) ^b	20.0 (12.0-24.0) ^b	60.0 (47.0-72.0) ^b	25.0 (20.0-28.0) ^b
61-70 yaş	28.0 (24.0-28.0)	12.0 (4.0-20.0) ^c	15.5 (5.7-21.0) ^b	50.5 (36.0-68.0) ^{bc}	20.0 (14.0-26.0) ^c
71 ve üstü yaş	27.0 (20.0-28.0)	9.0 (4.0-20.0) ^c	16.0 (8.0-20.0) ^b	48.0 (36.0-4.0) ^c	15.0 (11.0-23.0) ^c
<i>p</i>	0.110	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Eğitim Düzeyi					
Okuryazar/değil	25.0 (21.0-28.0) ^a	11.5 (4.0-20.0) ^a	16.0 (7.7-21.0) ^a	51.0 (36.0-65.3) ^a	18.0 (12.0-23.0) ^a
İlköğretim	28.0 (25.5-28.0) ^b	20.0 (6.0-24.0) ^b	20.0 (9.5-24.0) ^b	63.0 (45.0-75.0) ^b	26.0 (20.0-28.0) ^b
Lise ve üstü	28.0 (26.0-28.0) ^b	20.0 (10.7-26.0) ^b	24.0 (15.0-26.0) ^c	69.5 (54.8-78.3) ^b	28.0 (25.0-30.0) ^c
<i>p</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Medeni Durum					
Evlü	28.0 (24.0-28.0)	16.0 (4.0-24.0)	18.0 (8.7-24.0)	60.0 (42.0-73.0)	24.0 (17.0-28.0)
Bekar	26.0 (23.0-28.0)	20.0 (8.0-26.0)	22.0 (14.0-26.0)	65.0 (48.0-77.0)	26.0 (22.0-30.0)
<i>p</i>	0.025	0.047	0.003	0.086	0.002
Çocuk Sahibi Olma Durumu					
Olan	28.0 (24.0-28.0)	16.0 (4.0-24.0)	18.0 (9.0-24.0)	59.0 (41.0-72.0)	24.0 (17.0-28.0)
Olmayan	27.0 (25.0-28.0)	21.0 (10.5-26.0)	23.5 (14.7-26.0)	68.5 (51.5-78.3)	27.0 (25.0-30.0)
<i>p</i>	0.900	0.012	<0.001	0.004	<0.001
Çocuk Sayısı					
1 ve 2	28.0 (26.0-28.0) ^a	20.0 (8.0-25.0) ^a	20.0 (8.5-25.0) ^a	64.0 (49.0-76.0) ^a	27.0 (20.5-28.5) ^a
3 ve 4	28.0 (24.0-28.0) ^{ab}	16.0 (8.0-24.0) ^a	19.0 (11.0-24.0) ^{ab}	60.0 (43.5-72.0) ^a	24.0 (17.0-27.0) ^b
5 ve üstü	27.0 (20.5-28.0) ^b	9.0 (4.0-21.5) ^b	16.0 (6.0-21.0) ^b	50.0 (36.0-68.0) ^b	20.0 (12.0-26.0) ^c
<i>p</i>	0.003	<0.001	0.008	<0.001	<0.001
Çalışma Durumu					
Çalışan	28.0 (26.0-28.0)	24.0 (20.0-26.0)	25.0 (20.0-27.0)	76.0 (60.0-81.0)	28.0 (20.0-30.0)
Çalışmayan	27.0 (24.0-28.0)	16.0 (4.0-24.0)	20.0 (9.5-24.0)	60.0 (42.0-72.0)	24.0 (17.5-28.0)
<i>p</i>	0.276	0.003	0.006	0.009	0.001
Gelir Düzeyi					
İyi	28.0 (24.5-28.0) ^a	20.0 (12.0-25.7) ^a	22.0 (13.0-25.0)	64.5 (48.0-76.0)	26.0 (22.3-29.8) ^a
Orta	28.0 (25.0-28.0) ^a	16.0 (4.2-24.0) ^b	20.0 (9.0-24.0)	60.0 (43.0-72.0)	24.0 (18.0-28.0) ^b
Kötü	26.0 (21.0-28.0) ^b	16.0 (4.0-24.0) ^b	16.0 (7.0-25.0)	52.0 (36.0-75.5)	21.0 (15.0-27.5) ^b
<i>p</i>	0.007	0.046	0.091	0.077	0.014
Birlikte Yaşadığı Kişi					
Eş	28.0 (25.0-28.0) ^a	16.0 (5.0-23.5) ^{ab}	20.0 (8.2-24.0) ^{ab}	59.0 (43.0-72.0) ^{ab}	25.0 (20.0-28.0) ^a
Eş ve çocuk	28.0 (26.0-28.0) ^a	20.0 (8.0-24.0) ^a	20.0 (11.7-24.0) ^{ab}	63.5 (47.0-76.0) ^{ab}	26.0 (20.0-28.0) ^a
Çocuk	24.0 (20.0-28.0) ^{bc}	12.0 (4.0-20.0) ^b	16.0 (8.0-20.0) ^a	51.0 (36.0-64.0) ^{ac}	16.0 (11.0-23.0) ^b
Ebeveyn	28.0 (25.0-28.0) ^a	22.0 (8.0-26.0) ^a	24.0 (16.0-26.0) ^b	71.0 (50.0-79.0) ^b	27.0 (23.0-30.0) ^a
Yalnız	23.0 (4.0-28.0) ^b	5.5 (4.0-23.5) ^{ab}	13.5 (4.0-21.7) ^a	41.0 (16.0-68.8) ^c	21.5 (14.5-28.5) ^{ab}
Diğer (bakıcı, akraba)	27.0 (24.0-28.0) ^{ac}	20.0 (12.0-28.0) ^{ab}	20.0 (12.0-26.0) ^{ab}	64.0 (52.5-79.0) ^b	26.0 (12.5-27.5) ^{ab}
<i>p</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

a, b, c üst simgeleri gruplar arası farklılıkları göstermektedir.

Tablo 4. 8. Hastaların Hastalıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre ÇASDÖ ve Öz Yeterlilik Ölçeği

Özellikler	ÇASDÖ Aile Ort(Q1-Q3)	ÇASDÖ Arkadaş Ort(Q1-Q3)	ÇASDÖ Yakın Çevre Ort(Q1-Q3)	ÇASDÖ Toplam Ort(Q1-Q3)	Öz Yeterlilik Ort(Q1-Q3)
Ek Kronik Hastalık					
Var	27.0 (24.0-28.0)	16.0 (4.0-23.7)	17.0 (9.0-24.0)	57.0 (42.0-72.0)	24.0 (17.0-28.0)
Yok	28.0 (25.5-28.0)	22.0 (8.0-26.0)	23.0 (13.5-25.5)	70.0 (50.0-77.0)	26.0 (20.0-29.0)
<i>p</i>	0.065	<0.001	0.001	<0.001	0.003
Sağlığı Algılama Durumu					
İyi	28.0 (26.0-28.0) ^a	20.0 (8.0-24.0) ^a	20.0 (12.0-25.0) ^a	64.0 (48.0-76.0) ^a	26.0 (20.0-29.0) ^a
Orta	25.0 (21.0-28.0) ^b	16.0 (6.5-20.0) ^b	16.0 (6.5-20.0) ^b	50.0 (36.0-67.5) ^b	20.0 (13.0-25.0) ^b
Kötü	26.0 (20.0-28.0) ^{ab}	8.0 (4.0-16.0) ^b	8.0 (4.0-16.0) ^b	36.0 (35.0-56.0) ^b	12.0 (10.0-16.5) ^c
<i>p</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Şikayet Yaşama Durumu					
Yaşayan	27.0 (23.0-28.0)	13.0 (4.0-23.0)	16.0 (8.0-23.0)	53.0 (37.0-67.0)	20.0 (14.0-26.7)
Yaşamayan	28.0 (26.0-28.0)	20.0 (12.0-25.0)	21.0 (14.7-25.0)	68.0 (53.0-76.0)	27.0 (24.0-30.0)
<i>p</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Yaşanan Şikayetler					
Ağrı	27.5 (21.5-28.0) ^b	12.5 (4.0-22.5) ^b	16.0 (6.0-24.0) ^b	53.5 (36.0-68.0) ^b	17.5 (12.2-25.7) ^b
Halsizlik, yorgunluk	26.5 (22.0-28.0) ^b	12.0 (4.0-21.0) ^b	16.0 (8.0-21.0) ^b	52.0 (37.0-68.0) ^b	21.0 (14.0-27.0) ^b
Hipotansiyon	28.0 (27.0-28.0) ^a	16.0 (4.0-24.0) ^a	20.0 (5.0-25.0) ^a	61.0 (46.0-76.0) ^a	23.0 (15.0-28.0) ^a
Diğer	24.5 (21.0-27.0) ^b	16.0 (7.2-22.0) ^b	16.0 (7.2-22.0) ^b	51.0 (43.2-67.7) ^b	21.0 (16.2-26.0) ^b
<i>p</i>	<0.001	0.460	0.406	0.133	0.254
Hastalıkla Baş Etme Durumu					
Baş edebilen	28.0 (25.2-28.0)	20.0 (8.0-24.0)	20.0 (12.0-24.0)	64.0 (47.0-76.0)	26.0 (20.0-28.0)
Baş edemeyen	24.0 (19.0-27.0)	5.0 (4.0-16.0)	12.0 (6.0-20.0)	44.0 (34.0-53.5)	14.0 (11.0-20.0)
<i>p</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu					
Alan	27.0 (24.0-28.0)	20.0 (9.5-24.0)	22.0 (14.5-25.0)	66.0 (48.0-76.0)	25.0 (18.5-28.0)
Almayan	28.0 (24.0-28.0)	16.0 (4.0-24.0)	16.0 (8.0-24.0)	57.0 (39.0-72.0)	24.0 (17.0-28.0)
<i>p</i>	0.144	0.006	<0.001	0.001	0.383
Destek Gerekisini					
İhtiyacı olmayan	28.0 (26.2-28.0) ^a	20.0 (12.0-24.0) ^a	21.0 (14.0-25.0) ^a	68.0 (53.0-76.0) ^a	26.5 (23.0-29.0) ^a
Psikolojik destek	26.0 (22.0-28.0) ^b	9.0 (4.0-20.0) ^b	12.0 (4.0-20.0) ^b	48.0 (35.5-63.5) ^b	20.0 (13.0-26.0) ^{bc}
Fiziksel destek	24.0 (18.5-26.5) ^b	8.0 (4.0-16.0) ^b	16.0 (9.5-19.0) ^b	46.0 (36.5-53.5) ^b	13.0 (10.0-18.0) ^c
Maddi destek	24.5 (22.2-26.7) ^b	17.5 (4.0-21.5) ^{ab}	16.5 (11.0-23.2) ^{ab}	52.5 (40.5-66.0) ^{ab}	21.0 (16.3-27.0) ^{ab}
Sosyal destek	28.0 (26.0-28.0) ^{ab}	12.0 (4.0-26.0) ^{ab}	15.0 (4.0-25.0) ^{ab}	47.0 (36.0-77.0) ^b	17.0 (14.0-22.0) ^{bc}
<i>p</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

a, b, c üst simgeleri gruplararası farklılıkları göstermektedir.

Tablo 4.8’de hastaların hastalıkla ilgili bazı özelliklerine göre ÇASDÖ ve öz yeterlilik ölçeği puanları verilmiştir. Çalışmada ek kronik hastalığı olan hastaların ÇASDÖ arkadaş ($p<0.001$), ÇASDÖ yakın çevre ($p<0.05$), ÇASDÖ toplam ($p<0.001$) ve öz yeterlilik ($p<0.05$) puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiş ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Sağlığını iyi olarak algıladığını ifade eden hastaların sosyal destek ve öz yeterlilik düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Hastalıkla ilgili şikayet yaşamayanların, hastalıkla baş edebilenlerin ve hastalıkla ilgili desteğe ihtiyacı olmayanların ÇASDÖ ve öz yeterlilik ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Ayrıca hipotansiyon şikayeti yaşayan hastaların ÇASDÖ aile alt boyutu puanlarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu bulunmuş olup, istatistiksel olarak da anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Tablo 4. 9. Hastaların ÇASDÖ Ölçeği ile Öz Yeterlilik Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyon

Ölçekler	Öz Yeterlilik
ÇASDÖ Aile	
<i>rho</i>	0.203
<i>p</i>	<0.001
ÇASDÖ Arkadaş	
<i>rho</i>	0.164
<i>p</i>	<0.001
ÇASDÖ Yakın Çevre	
<i>rho</i>	0.131
<i>p</i>	0.003
ÇASDÖ Toplam	
<i>rho</i>	0.558
<i>p</i>	<0.001

Tablo 4.9’da hastaların ÇASDÖ ölçeği ve öz yeterlilik ölçeği puanları arasındaki korelasyon gösterilmiştir. Çalışmada hastaların öz yeterlilik ölçeği puanları ile ÇASDÖ aile ($\rho=0.203$) ($p<0.001$), ÇASDÖ arkadaş ($\rho=0.164$) ($p<0.001$) ve ÇASDÖ yakın çevre alt boyutu puanları ($\rho=0.131$) ($p<0.05$) arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Öz yeterlilik ve ÇASDÖ toplam ($\rho=0.558$) puanı arasında ise orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).



5. TARTIŞMA ve SONUÇ

KBY hastaları sürekli diyaliz tedavisi almakta, fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlar yaşamaktadırlar (66). KBY tedavisinde kullanılan diyaliz bir taraftan bozulan metabolik durumu düzeltirken diğer taraftan bireyin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayarak öz yeterlilik ve sosyal destek düzeyini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (51,61,67,68).

Diyaliz tedavisi alan hastaların sosyal destek ve öz yeterlilik düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan bu çalışmada; hastaların öz yeterlilik puan ortalamasının 22.41 ± 6.62 olduğu bulunmuştur. HD tedavisi alan hastaların öz yeterlilik puan ortalaması 22.30 ± 6.77 , periton diyalizi alan hastaların öz yeterlilik puan ortalaması ise 22.87 ± 5.98 , HD ve periton diyalizi tedavisi alan hastaların öz yeterlilik puan ortalamalarının benzer olduğu tespit edilmiştir. Usta Yeşilbalkan ve ark.'nın (63) periton diyalizi hastalarıyla yaptığı çalışmada da benzer şekilde hastaların öz yeterlilik puan ortalamasının 22.96 ± 4.75 olduğu saptanmıştır. Tsay'ın (51) yaptığı çalışmada HD tedavisi alan hastaların öz yeterlilik düzeyinin orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçla benzer şekilde çalışmamızda da öz yeterlilik düzeyinin orta düzeyin üstünde olduğu tespit edilmiştir. Literatürde çalışmamızı destekler şekilde sonuçlar bulunmaktadır (61,69,70).

Diyaliz hastalarının yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunlarla baş etmede sosyal destek önemlidir. Çalışmada diyaliz hastalarının sosyal destek düzeyleri incelendiğinde; ÇASDÖ toplam puan ortalamasının 57.62 ± 18.04 olduğu ve en fazla aileden destek aldıkları (25.14 ± 4.88), bunu sırasıyla yakın çevre (16.85 ± 8.21) ve arkadaş (15.62 ± 8.83) desteğinin takip ettiği belirlenmiştir. Karabulutlu ve ark.'nın (71) HD hastaları ile yaptığı çalışmada da hastaların ÇASDÖ toplam puanı 59.30 ± 8.1 , aileden alınan sosyal destek puanının (23.36 ± 4.80) daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Literatürde çalışma

sonuçlarımız ile benzer şekilde diyaliz hastalarının sosyal desteği en fazla aileden aldığı görülmektedir (68,72-74).

Öz yeterlilik ve sosyal destek düzeyi cinsiyet, yaş, eğitim, meslek ve medeni durum gibi birçok faktörden etkilenmektedir (9,51,69,75). Çalışmada diyaliz tedavisi alan erkek hastaların öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar yer almakla birlikte (9,60,61,63,75) Takaki ve Yano'nun (76) yaptığı çalışmada kadınlarda öz yeterlilik düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada erkek diyaliz hastalarının öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerinin daha yüksek bulunması Türk toplumunun ataerkil yapısı, erkeklerin toplumsal statüsünün yüksek olması ve ailede erkeğe verilen değer in fazla olmasından kaynaklanmış olabilir.

Yaşlanma ile oluşan fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda gerileme, rol ve statü kaybı, bağımsızlığın ve sosyal yaşantının azalması ile yaşamdan doyum alamamaya bağlı öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerinde azalma görülebilmektedir (77). Bu çalışmada 60 yaş ve üstü yaş grubundaki hastaların öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışma ile benzer şekilde Mollaoğlu ve Bağ'ın (9,61) yaptığı çalışmada da yaş ile birlikte öz yeterlilik düzeyinin azaldığı bildirilmiştir. Biçer ve Bayat'ın (78) diyaliz hastalarında yaptığı çalışmada 60 yaş ve üstü yaş grubunda olan hastaların sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Karabulutlu ve ark.'nın (71) HD tedavisi alan hastalarda yaptığı çalışmada sosyal desteğin yaşdan etkilenmediği saptanmıştır. Aras'ın (79) KOAH hastalarında yaptığı çalışmada da yaşlandıkça sosyal desteğin düştüğü belirlenmiştir. Bu durum yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, kronik hastalığın getirdiği psikososyal sorunlar ve yaşla birlikte ortaya çıkan komplikasyonların öz yeterlilik ve sosyal destek düzeyini olumsuz olarak etkilemesiyle açıklanabilir.

Eğitim düzeyinin yüksek olması öz yeterlilik ve sosyal destek düzeyini olumlu etkileyen önemli bir değişkendir (9,70). Hastaların eğitim durumuna göre sosyal destek ve öz yeterlilik düzeyi incelendiğinde okuryazar ve okuryazar olmayan hastaların sosyal destek ve öz yeterlilik düzeylerinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Tanner et. al. (80) yaptığı çalışmada eğitim seviyesi düşük olan hastalarda öz yeterlilik düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Literatürde bu sonucu

destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (9,61,68,70,71,). Bu durum eğitim seviyesi düştükçe bilgiye ulaşmada zorluk, sağlığa ilişkin beklentilerin az olması ve hastalıkla baş etmede güçlük ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmada evli olan hastaların öz yeterlilik düzeylerinin bekarlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Benzer şekilde Erol'un (75) diyabet hastaları ile yaptığı çalışmada evli hastaların öz yeterlilik düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Evli olan bireylerin sorumluluklarının daha fazla olması, kendilerine daha az zaman ayırmaları ve eşlerin özbakıma yardımcı olmaları nedeniyle öz yeterlilik düzeyleri daha düşük olmuş olabilir.

Çocuk sahibi olan diyaliz hastalarının öz yeterlilik düzeyleri incelendiğinde çocuğu olmayan hastaların öz yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Bunun nedeni çocuk sahibi olan diyaliz hastalarının çocuklarının hasta ebeveynlerinin yapabilecekleri sorumluluklar dahil tüm ihtiyaçlarını karşılaması ve ebeveynlerin başarabileceklerine olan inancının kaybolması olabilir. Ayrıca çalışmada çocuğu olanların aile desteği yüksek bulunurken sosyal destek toplam puanı daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Bayat ve Biçer'in (78) yaptığı çalışmada hemodiyaliz hastalarının sosyal destek aile alt boyutu ve toplam puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çocuğu olan ve çocuk sayısı fazla olan hastalarda arkadaş ve yakın çevreden alınan sosyal destek düzeyinin düşük olması sosyal destek toplam puanını da düşürmüş olabilir.

Çalışma yaşamı insan hayatında önemli bir yere sahiptir. Çalışan birey maddi kazançların dışında yaptığı işten mutluluk elde etmesi, başarı kazanması ve tatmin olması, sosyal ve kültürel rolleri açısından doyum sağlaması gibi kazanımlar elde edebilir (81). Bu çalışmada çalışan diyaliz hastalarının öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerinin çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Walker'in (82) yaptığı çalışmada çalışan hastaların öz yeterlilik düzeyleri yüksek olduğu bildirilmiştir. Yapılan benzer çalışmalarda elde edilen sonuçlar çalışmamızı desteklemektedir (9,61,76,83,84). Bu çalışmadan farklı olarak Usta Yeşilbalkan'ın çalışmasında öz yeterliliğin çalışma durumundan etkilenmediği bulunmuştur (63,85). Çalışmada, hastaların öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerinin yüksek olması çalışma hayatının bireylerin sorumluluk bilincini arttırması, baş etme ve problem çözme yeteneğini geliştirmesi nedeniyle olabilir.

Bu çalışmada gelir durumu kötü olan hastaların öz yeterlilik düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde Bağ (61) ile Muz ve Eğlence'nin (70) hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmalarda gelir durumu yükseldikçe öz yeterlilik düzeyinin yükseldiği belirlenmiştir. Bu sonuç gelir durumu düşük olan bireylerin yaşadıkları maddi problemlerin hastalığa uyum ve baş etme düzeylerini olumsuz etkilemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Öz yeterlilik bireyin kendi yeteneklerinin ve kapasitesinin farkına varması ve bir şeyi yapıp yapamayacağına ilişkin algısıdır (49). Çalışmada çocukları ile yaşayan diyaliz hastalarının öz yeterlilik düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Çocuklarıyla yaşayan hastaların özbakım sorumluluklarının genellikle çocukları tarafından karşılanması nedeniyle öz yeterlilik düzeylerinin etkilendiği düşünülmektedir. Çalışmamızda yalnız yaşayan hastaların sosyal destek düzeylerinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Çalışmamız ile benzer şekilde Polat ve Bayrak Kahraman'ın (86) yaşlılarda yaptığı çalışmada tek başına yaşayanlarda sosyal desteğin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yalnız yaşayan bireyler ailelerini, yakınlarını kaybetmiş ya da onlarla iletişim kurmada zorluk yaşıyor olabilirler. Bu bireylerin daha çok içine kapanık, sosyal yaşamdan uzak ve çevreleriyle etkileşimlerinin az olması nedeniyle sosyal destek düzeyleri düşük bulunmuş olabilir.

Kronik hastalıklara bağlı fiziksel ve ruhsal sorunlar bireyin bağımsızlığını azaltmakta, sağlığın algılanmasını ve sosyal etkinlikleri sınırlandırmaktadır (87). Çalışmada KBY dışında ek kronik hastalığı olanların öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Çalışma bulgumuza benzer şekilde Arslantaş ve Ergin'in (77) yaptığı çalışmada ise kronik hastalığı olan bireylerin aile ve arkadaş sosyal destekleri düşük bulunmuştur. Karakurt ve ark. (88) diyabetli hastalarda yaptığı çalışmada ise diyabet dışında ek kronik hastalığı olanların sosyal destek düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalardan farklı olarak yapılan bazı çalışmalarda KBY dışında ek kronik hastalığa sahip olan hastaların öz yeterlilik düzeylerinin diğer hastalardan farklı olmadığı bildirilmiştir (9,61,63). Hastaların kronik hastalık sayısının fazla olması maddi ve manevi yükün artmasına, hastanede yatış süresinin uzamasına, bağımlılığının artmasına ve çevreyle olan iletişimin azalmasına neden olduğundan bireylerin öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerinin düşük olmasına neden olmuş olabilir.

Sağlık algısı bireye sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesini amaçlayan sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir (89). Çalışmada sağlığını kötü olarak algılayan hastaların öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Literatürde diyaliz ile ilgili yapılan çalışmalarda bu yönde araştırmaya rastlanmamış olup diyabetli hastalarla yapılan çalışmalarda sağlık algısı düşük olan hastaların öz yeterlilik düzeylerinin de düşük olduğu bulunmuştur (75,90). Bu sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bu sonuç bize sağlığını kötü olarak algılayan hastaların öncelikli olarak ele alınması gerektirdiğini düşündürmektedir.

Diyaliz tedavisi beraberinde birçok sorunu da getirmektedir. Hastalarda tedaviye bağlı hipotansiyon, yorgunluk, ağrı ve kas krampları gibi birçok şikayet görülebilmektedir (31). Çalışmada hastalıkla ilgili şikayet yaşayan hastaların öz yeterlilik düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). HD hastalarında yapılan bir çalışmada hastaların tamamına yakınının diyaliz sonrası sorun yaşadığı ve sorun yaşayanların yarıya yakınının günlük gereksinimlerini karşılayamadığı bildirilmiştir (91). Yetersiz sosyal desteğin hastalık semptomlarının ortaya çıkmasına, sıklık ve şiddetinin artmasına ve hastalık süresinin uzamasına neden olduğu bildirilmektedir (92). Çalışma sonuçları literatürü destekler nitelikte olup şikayet yaşayan diyaliz hastalarının sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Sosyal desteğin düşük olması hastaların şikayetlerinin ortaya çıkmasına, yaşanan şikayetlerde sosyal desteğin daha da düşmesine neden olmaktadır (92). Algılanan sosyal desteğin artması hastaların hastalık ile daha kolay baş etmelerine ve hastalığı daha iyi yönetmelerine dolayısıyla hastalıkla ilgili daha az şikayet yaşamalarına neden olmuş olabilir.

Bireyin stresle başa çıkma kapasitesi öz yeterlilik düzeyini etkilemektedir (93). Çalışmada hastalıkla baş edebilen ve desteğe ihtiyacı olmadığını ifade eden hastaların öz yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Literatürde algılanan sosyal desteği yüksek olan hastalarda depresyon ve kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonun olumlu etkilendiği, hastalık sürecine daha iyi uyum sağladıkları belirtilmektedir (92,94). Çalışmamızda hastalıkla baş edebilen ve desteğe ihtiyacı olmadığını ifade eden hastaların sosyal destek düzeylerinin yüksek bulunması bu durum ile ilişkilendirilebilir.

Hastaların fiziksel ve psikolojik sorunlarla baş etmesinde, kendisini daha iyi hissetmesinde algıladığı sosyal destek önem taşımaktadır (92,95). Hastaların çevrelerinden aldığı destek arttıkça belli bir performansı başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine dair inançları da artmaktadır (20). Çalışmada sosyal destek ve öz yeterlilik arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Sosyal destek düzeyi arttıkça öz yeterlilik düzeyi de artmaktadır. Bu çalışma ile benzer şekilde diyaliz hastalarıyla yapılan bir çalışmada sosyal destek düzeyi ile öz yeterlilik düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (96). Literatürde öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerini inceleyen farklı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (97,98).

Bu çalışma sonucunda;

- Hastaların öz yeterlilik puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde (22.41 ± 6.62) olduğu,
- Öz yeterlilik düzeyinin cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, çocuk sayısı, meslek, gelir durumu, yaşanılan kişi, ek kronik hastalık, sağlık algısı, yaşanılan şikayetler, hastalıkla baş etme durumu ve destek gereksinimi gibi faktörlerden etkilendiği,
- Hastaların sosyal destek düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu ve aileden alınan sosyal desteğin daha yüksek olduğu,
- Hastaların sosyal destek düzeyinin cinsiyet, yaş, eğitim, çocuk sayısı, meslek, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişi, ek kronik hastalık varlığı, sağlık algısı, yaşanılan şikayetler, hastalıkla baş etme durumu ve destek gereksiniminden etkilendiği,
- Hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi alan hastaların öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerinin benzer olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlık eğitiminin uygulayıcısı olan hemşirelere, sosyal destek, öz yeterlilik ve etkileyen faktörler konusunda hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
- Diyaliz tedavisi alan bireylerin sosyal destek ve öz yeterlilik düzeylerinin düzenli aralıklarla değerlendirilmesi,
- Sosyal destek ve öz yeterlilik düzeyleri düşük olan hastalara gerekli eğitim ve danışmanlıklarının verilmesi,
- Diyaliz hastalarının sosyal destek ve öz yeterlilik düzeylerini yükseltecek uygulamaya yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Öztürk A. Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi. içinde Halk Sağlığı Genel Bilgiler (1.baskı), Günay O. Öztürk Y. (ed), Önder Ofset Basım, Kayseri, 2011: 965-971.
2. Dünya Sağlık Örgütü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu (2010) beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel_durum_raporu.pdf (01.08.2016).
3. Ünal B. Erger G. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ünal B. Erger G. Dinç Horasan G. Ark.(ed), Anıl Matbaa, Ankara, 2013.
4. Dünya Sağlık Örgütü 2014 Raporu (2015) sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/BOH_Ülke_raporu_TR.pdf (03.05.2016).
5. Süleymanlar G, Ateş K. Türkiye’de Nefroloji – Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2014. Türk Nefroloji Derneği Yayınları 2015, Ankara www.tsn.org.tr/folders/file/registry_kitabi_2014.pdf (01.05.2016).
6. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14: 72-80.
7. Levey AS, Andreoli SP, DuBose T, Provenzano R, Collins AJ. Chronic kidney disease: common, harmful, and treatable world kidney day. J Am Soc Nephrol 2007; 27: 108-112.
8. Aydemir Ç, Kasım İ, Cebeci S ve ark. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar. Kriz Dergisi 2002;10: 29-39.

9. Mollaoğlu M, Bağ E. Hemodiyaliz hastalarında öz yeterlilik ve etkileyen faktörler. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 72: 37-42.
10. Bandura A. Self efficacy mechanism in human agency. American Psychology 1982; 37: 122-147.
11. Aksayan S, Gözüm S. Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz etkililik (Kendini Etkileme) algısının Önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2: 35-42.
12. Kovic S, Alexander D, Fred C. Social Cognitive Theory And Self-Efficacy: Going Beyond Traditional Motivational And Behavioral Approaches
www.thierryschool.be/.../pr6swusp9Puw.pdf (01.05.2016).
13. Padgett DK. Correlates of self efficacy beliefs among patients with noninsülin dependent diabetes in zagreb. Patient Education And Counseling 1991; 18: 139-147.
14. Weng L, Dai Y, Huang H, Chiang Y. Self-efficacy, self-care behaviours and quality of life of kidney transplant recipients. Journal Of Advanced Nursing 2010; 66: 828-838.
15. Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi (1.baskı), Remzi Kitabevi, İstanbul, 2000: 150-152.
16. Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 8: 32-39
17. Friend R, Singletory Y, Mendell NR ve ark. Group participation and survival among patients with end-stage renal disease. Am J Public Health 1986; 76: 670-672.
18. Mutlu E. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 2007: 132.
19. Albal E, Kutlu Y. Depresyonla başa çıkma öz yeterlik düzeyi ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010; 1: 115-120.

20. Acar T. Öz Yeterlilik Kavramı Üzerine
www.parantezegitim.net/Bilgi_Bank/Oz_yeterlik_T.Acar_.pdf (06.06.2012).
21. Erdemir F. Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2(1) :59-63.
22. Obrador GJ, Pereira BJG. Systemic complications of chronic kidney disease. Postgraduate Medicine 2002; 111:21-31.
23. Akoğlu E, Süleymanlar G. Kronik böbrek yetmezliği. İçinde: İç Hastalıkları (1.baskı), İliçin G. Biberoglu K. Süleymanlar G. Ünal S. (ed.), Güneş Kitabevi, Ankara, 2003: 1298-1308.
24. Karadakovan A, Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Üriner Sistem (3. Baskı), Akademisyen Tıp Kitapevi, İstanbul, 2014: 843-916.
25. Birol L. Böbrek hastalıkları ve hemşirelik bakımı. içinde: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (3.baskı), Akdemir N.Birol L. (ed.), Sistem Ofset, Ankara, 2010: 578-603.
26. Yalçın AU, Akpolat T. Kronik Böbrek Yetmezliği. İçinde: Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı Akpolat, T. Utaş C.(ed.), Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, 2000: 11-20.
27. Wavg W, Chan L. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Kliniği ve Patogenezi için: Böbrek ve Elektrolit Hastalıkları, Süleymanlar G. (Çeviri Ed.), Güneş Kitabevi, Ankara, 2005: 457-492.
28. Aydın Z. SAPD El Kitabı, Eczacıbaşı-Baxter, İstanbul, 1998: 1-250.
29. Arık N. Nefroloji (1. baskı) Deniz Matbaacılık, İstanbul, 2001: 1-412.
30. Akyol AD. Üriner Sistem Hastalıklarında Bakım, Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir, 2005: 1-300.
31. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları. İçinde: Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı, Akpolat T. Utaş C. (ed.), Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, 2000: 91-102.
32. Redmond A, McClelland H. Chronic kidney disease: risk factors, Assessment And Nursing Care. Nursing Standard 2006; 21: 48-55.

33. Aktan Ş. Konik böbrek yetmezliğinde deri bulguları. *Actual Medicine* 2006; 14: 22–24.
34. Utaş C, Akpolat T. Diyaliz: Genel Bilgiler. İçinde: Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı, Akpolat T. Utaş C. (ed.), Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, 2000: 29-38.
35. Harris D, Elder G, Kairaitis L, Rangan G. Klinik Diyalizin Temel İlkeleri (1. baskı). Çev: Kazancı G. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2008: 3-11.
36. Tarhan Z. Pratik Hemodiyaliz, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2009: 7-21.
37. Dilek M. Hemodiyaliz. İçinde: Nefroloji (2.baskı), Arık N. Dilek M. (ed.), Karakter Color A.Ş, İstanbul, 2008: 336-354.
38. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Handbook of Dialysis. Diyaliz El Kitabı. 3th ed, Çeviren: Bozfakioğlu S, Güneş Kitabevi, Ankara, 2003.
39. Şahin İ. Periton diyalizi.içinde: Nefroloji (2.baskı), Arık N. Dilek M. (ed.), Karakter Color, İstanbul, 2008: 355-374.
40. Aydın Z.Sürekli ayaktan periton diyalizi içinde: Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı, Akpolat T. Utaş C. (ed), Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, 2000: 126-160.
41. Utaş C, Akpolat T. Diyaliz Hakkında Genel Bilgiler. İçinde: Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı (3.baskı), Utaş C.Akpolat T. (ed.), Ceylan Ofset, Samsun, 2008: 22-29.
42. Şen A, Sever A, Karakoç A ve ark. Periton Diyalizi Uygulamaları Kitabı, Eczacıbaşı Baxter, İstanbul, 2007: 101-159.
43. Kear M. Concept analysis of self-efficacy. *Gradute Research in Nursing* 2000; 47: 243-250.
44. Andrew S. Self-efficacy as a predictor of academic performance in science. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 27: 596-603.
45. Oliver M. Reaching positive outcomes by assesing and teaching patients self-efficacy. *Home Healthcare Nurse* 2005; 23: 559-562.

46. Atıcı M. Yüksek ve düşük yetkinlik düzeyine sahip öğretmenlerin sınıf yönetimi stratejileri. *Eğitim Yönetimi* 2001; 28: 483-494.
47. Keskin GÜ, Orgun F. Öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile başa çıkma stratejilerinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7: 92-99.
48. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977; 84: 191-215.
49. Bandura A. Exercise of human agency through collective efficacy. *American Psychological Society* 2000; 9: 75-78.
50. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behaviour* 2004; 31: 143-164.
51. Tsay SL. Self efficacy training for with end-stage renal disease. *Journal of Nursing Advanced Nursing* 2003; 43: 421-429.
52. Ekinci H, Ekici S. İşletmelerde örgütsel stres yönetim stratejisi olarak sosyal desteğin rolüne ilişkin görgül bir araştırma. *Cunhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2003; 27 : 109-120 .
53. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 9: 68-75.
54. Dennis C.L. Peer support within a health care context: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2003; 40: 321-332.
55. Pender N.J. *Health promotion in Nursing Practice*. Appleton and lange, Stamford Connecticut 1996: 255-275.
56. Bayram D. Bir Grup Gençte Ruhsal Belirti ile Sosyal Destek İlişkisi. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir 1999.
57. Rapley P, Dona M, Fruin J. Self-Efficacy in Chronic Illness: The Juxtaposition Of General And Regimen-Specific Efficacy. *International Journal of Nursing Practice* 1999; 5: 209.
58. Pearson RE. *Counseling and Social Support*. Sage Publications, London 1990: 22.

59. Hogue CG. Social Support, Distributive Nursing Practice: A Systems Approach. Second Edition, J.B. Lippincott Company 1985; 58-75.
60. Hurdle DE. Social support: A critical factor in womens' health and health promotion. Health and Social Work 2001 May; 26: 72-9.
61. Bağ E. Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2007: 147.
62. Küçük L. Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ruhsal sorunlar. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2005; 14: 166-170.
63. Usta Yeşilbalkan Ö, Karadakovan A, Ünal B. Periton Diyalizi Hastalarının Genel Öz Yeterlilikleri. Nefroloji Hemşireliği 2005: 39-44.
64. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG ve ark. The multidimensional scale of perceived social support. J Pers Assess 1988; 52:30-41.
65. Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1995; 10: 45-55.
66. Levey AS, Andreoli SP, Dubose T, Provenzano R, Collins AJ. Chronic Kidney Disease: common, harmful and treatable world kidney day. J Am Soc Nephrol 2007; 27 (1): 108-112.
67. Laupacis A, Muirhead N, Keown P, Wong C. A disease-specific questionnaire for assessing quality of life in patients on hemodialysis. Nephron 1992; 61(2): 248.
68. Karabulutlu E, Tan M, Erdem N, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında stresle baş etme ve sosyal destek. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2005; 8 (3): 56-66.
69. Song MR, Kim M, Lee IB, Shu MR. A study of the correlation between self efficacy and self care in hemodialysis. J Korean Acad Nursing 1999; 29: 563-575.
70. Muz G, Eğlence R. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğın değerlendirilmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 2 (1): 15-21.

71. Karabulutlu E, Tan M, Erdem N, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. dergipark.ulakbim.gov.tr/ataunihem/article/viewFile/1025000332/1025000327 (17.06.2016)
72. Kuzeyli Yıldırım Y, Tokem Y, Fadiloğlu Ç. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların sosyal ağ ve sosyal destek sistemlerinin incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* mart- Haziran 2005; 33-38.
73. Fadiloğlu Ç, Akyol A, Kaya B. Hemodiyalize giren hastaların sosyal ağının incelenmesi. *Çınar Dergisi* Haziran 1995; 15-21.60.
74. Oka M, Chaboyer W. Dietary behaviors and sources of support in hemodialysis patients. *Clin Nurs Res* 1999; 8 (4): 302-317.
75. Erol Ö. İnsülin Kullanan Diyabetlilerde Hipoglisemi Korkusu ve Öz Yeterlilik. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2009: 121.
76. Takaki J, Yano E. Possible genderdifferences in the relationships of self-efficacy and the internal locus of control with complaine in hemodialysis patients. *Behav Med* 2006; 32:5-11.
77. Arslantaş H, Ergin F. 50-65 Yaş arasındaki bireylerde yalnızlık, depresyon, sosyal destek ve etki eden faktörler. *Türk Geriatri Dergisi* 2011; 142(2): 135-144.
78. Biçer S, Bayat M. Diyaliz tedavisi alan bireylerde umut-umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2012; 7(19): 1-20.
79. Aras A. KOAH olan bireylerin sosyal destek gereksinimlerinin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2001 Sivas.
80. Tanner J, Craig C, Bartolucci A, Allon M, Fox L, Geiger B, Wilson B. The effect of a self-monitoring tool on self-efficacy, health beliefs, and adherence in patients receiving hemodialysis. *J Renal Nutr* 1998; 8: 203-211.

81. Keser A. Çalışma-Birey İlişkisi ve Çalışmanın Bireyin Yaşamında Yeri. İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi 2004; 6 (2): 1-2.
82. Walker LM. Relationship between illness representation and self-efficacy. J Adv Nurs 2004; 48: 216-225.
83. Choi YH. A study on relationship of perceived social support on self-esteem and hopelessness in patient with chronic renal failure. J Korean Acad Nurs 1995; 25 (3): 549-561.
84. Qiao J, Shiu A. Diabetes self-efficacy and self-care behaviour of Chinese patients living in Shanghai. Journal of Clinical Nursing 2004;13:771-772.
85. Usta Yeşilbalkan Ö. Tip 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz Yeterlilikleri ve Öz Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2001.
86. Polat Ü. Bayrak Kahraman B. Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. Fırat Tıp Dergisi 2013; 18 (4): 213-218.
87. Birol L. Böbrek hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İçinde: Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı (3.baskı), Akdemir N.Birol L. (ed.), Sistem Ofset, Ankara, 2010: 541-603.
88. Karakurt P, Hacıhasanoğlu Aşlar R, Yıldırım A. Diyabetli hastaların öz bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2013; 14 (1): 1-13.
89. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nurs Res 1996; 45(1): 30-36.
90. Tekin Yanık Y. Tip 2 Diyabetlilerin Öz Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne 2011: 84.
91. Kılıç Akça N, Doğan A. Hemodiyaliz hastalarının diyaliz sonrası yaşadığı sorunlar ve evde bakım gereksinimleri. Bozok Tıp Dergisi 2011; 1: 15-20.

92. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12 (1): 17-25.
93. Schwarzer R, Fuchs R. Self-efficacy and Health Behavior. To appear in: Conner M, Norman P. Predicting Health Behavior: Research and Practice with Social Cognition Models. Buckingham: Open University Press 1995. trochim.human.cornell.edu/gallery/walkley/selfeff.htm - 20k (01.08.2016)
94. Dirik G, Sertel P, Kartal M. Fibromyalji sendromlu hastaların yaşadıkları psikolojik sıkıntılar ile sosyal Destek, öz yeterlik ve yeti yitimi ilişkisi. Düzce Tıp Dergisi 2011; 13(1): 45-52.
95. Gustousson M, Julkunen J, Hietenen P. Quality of life in cancer patients: The role of optimism, hopelessness and partner support. Quality Of Life Research 2006; 16: 75-87.
96. Bağ E, Akaya L, Çınar Z, Candan F, Kayatas M. Hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulanan hastalarda umut-umutsuzluk sosyal destek ve özyeterlilik. Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2008; 17(3): 78.
97. Albayrak Okçin F, Gerçeklioğlu G. Öğrencilerin öz yeterlilik algıları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 2 (1): 40-51.
98. Albal E, Kutlu Y. Depresyonla başa çıkma öz yeterlilik düzeyi ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010; 1(3): 115-120.



EKLER

EK-I BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

Bu çalışma Diyaliz tedavisi alan hastaların öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve analitik bir çalışma olarak planlanmıştır.

Çalışma kaynak taraması yapılarak oluşturulmuş anket formu, sosyal destek ve öz yeterlilik ölçekleri doldurularak yapılacaktır. Çalışmaya katılıp katılmamak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Bu çalışmayı onayladıktan sonra isterseniz çalışmadan herhangi bir gerekçe göstermeden istediğiniz aşamada ayrılabilirsiniz. Sizden toplanan veriler kesinlikle gizli tutulacaktır. Toplanan veriler doğrultusunda alınması gereken tıbbi önlem olursa size dönülmek üzere telefon numaraları talep edilecektir. Bu çalışmadan elde edilen veriler bilimsel amaçla bir yerde isim belirtilmeden yayınlanabilir ya da sunulabilir. Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Çalışmaya katılımınız için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı:

Adı Soyadı: Kevser Çağla Gurtaş

Cep Tel: 05543261374

GÖNÜLLÜ OLURU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğimde herhangi bir neden belirtmeden araştırmadan ayrılabilirim belirtildi. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı / İmzası :

Telefon:

Adres:

Tarih:

Bilgilendirmeyi Yapan Kişinin Adı Soyadı / İmzası / Tarih:

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı Soyadı / İmzası / Tarih:

EK-II. DİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN ÖZ YETERLİLİK VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ ANKET FORMU

1- Yaşınız?.....

2- Cinsiyetiniz?

1.Kadın 2. Erkek

3- Yaşadığınız yer?

1.Köy 2. İlçe 3. İl

4- En son hangi okuldan mezun oldunuz?

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul
4. Ortaokul 5. Lise 6. Yüksekokul-Fakülte

5- Medeni durumunuz nedir?

1.Evli 2. Bekar

6- Çocuğunuz var mı?

1. Var..... 2.Yok

7- Ne iş yapıyorsunuz?

1. Ev hanımı 2. Emekli 3. İşçi 4. Memur 5. Serbest 6. Diğer.....)

8- Çalışma durumunuz nedir?

1. Çalışan 2. Çalışmayan

9- Size göre gelir durumunuz nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü

10- Sosyal güvenceniz var mı?

1. Var 2.Yok

11- Birlikte yaşadığınız bireyler kimlerdir?

12- Hastalık tanınız konulalı ne kadar süre oldu?.....ay / yıl

13- Başka bir kronik hastalığınız var mı?

1. Var 2. Yok

14- Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

15- Hastalığınızla ilgili en çok yaşadığınız şikayetler nelerdir?

-

-

-

-

16- Şu anda kullandığınız ilaçlar nelerdir?

-

-

-

-

<u>HEMODİYALİZ HASTALARI İÇİN :</u>	<u>SAPD HASTALARI İÇİN:</u>
17-Hemodiyaliz süresi.....ay/ yıl	SAPD süresi.....ay/yıl
18-Hemodiyaliz sıklığı.....kez	Günlük değişim sıklığı.....kez

19- Hastalığınızla başedebiliyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

20- Hastalığınızla ilgili en çok hangi konularda desteğe gereksinim duyuyorsunuz?

-

-

-

-

21- Hastalığınız ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

1.Evet

2. Hayır

22- Cevabınız evet ise bu eğitimi kimden aldınız?

1. Doktor

2. Hemşire

3. Diğer ise belirtiniz.....)

23- Bu eğitimi ne zaman aldınız?.....ay/yıl

24- Günlük işlerinizi yaparken bağımlılık durumunuz nedir?

1-Bağımlı

2- Yarı bağımlı

3-Bağımsız

EK-III GENELLEŐTİRİLMİŐ ÖZ YETERLİLİK BEKLENTİSİ ÖLÇEĞİ

	Doğru değil	Biraz doğru	Daha doğru
1.Yeni bir durumla karŐılaŐtıđında ne yapmam gerektiğini biliyorum			
2. Beklenmedik durumlarda nasıl davranmam gerektiğini her zaman bilirim			
3.Bana karŐı çıkıldığında kendimi kabul ettirecek are ve yolları bulurum			
4. Ne olursa olsun üstesinden gelirim			
5. G sorunların çözümünü eğer gayret edersem her zaman baŐarırım			
6. Tasarılarımı gerçekleŐtirmek ve hedeflerime eriŐmek bana g gelmez			
7. Bir sorunla karŐılaŐtıđım zaman onu halledebilmeye yönelik bir çok fikirlerim vardır			
8. Güçlükleri soğuk kanlılıkla karŐılarım, çünkü yeteneklerime her zaman güvenebilirim			
9. Ani olaylarında hakkından gelebileceğimi sanıyorum			
10. Her sorun için bir çözümüm vardır.			

EK-IV ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

	Hiç katılmıyorum (1)	Çoğunlukla katılmıyorum (2)	Katılmıyorum (3)	Kararsızım (4)	Katılıyorum (5)	Çoğunlukla katılıyorum (6)	Tamamen katılıyorum (7)
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan var (ör; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor).							
2. Ailem ve arkadaşlarımın dışında sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan var (ör; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor).							
3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim).							
4. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden alırım (ör; annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden).							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan var (ör; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor).							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim (ör; annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle).							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan var (ör; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor).							
11. Kararlarımı vermemde ailem bana yardımcı olmaya isteklidir (ör; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim).							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

EK-V AKADEMİK KURUL KARARI

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
AKADEMİK KURUL KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
20.11.2013	2013 / 40	41

Anabilim Dalı Akademik Kurulu 20.11.2013 Çarşamba Günü saat 10.00'da Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ümit SEVİĞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

Anabilim Dalımız Yüksek Lisans öğrencisi Kevser Çağla GURLAŞ'ın "**Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Düzeyleri**" isimli Yüksek Lisans Tez çalışmasını Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ danışmanlığında yapmasına oy birliği ile karar verildi.

Öğretim Üyesi	Görevi	İmza
Prof.Dr. E.Ümit SEVİĞ	Anabilim Dalı Başkanı	
Doç.Dr.Sultan TAŞCI	Üye	
Doç.Dr. Mürüvvet BAŞER	Üye	
Doç.Dr. Meral BAYAT	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Songül GÖRİŞ	Üye	

ASLI GİBİDİR

Burhan ÇOLAK
Erciyes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü



EK-VI. ETİK KURUL KARARI

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU									
ETİK KURULUN ADI		: ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
AÇIK ADRES		: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı/Melikgazi/KAYSERİ							
TELEFON		: 0 352 437 40 11							
FAKS		: 0 352 437 52 85							
E-POSTA		: byancar@erciyes.edu.tr							
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Düzeyleri							
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU								
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr. Songül Görüş							
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği							
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr. Songül Görüş							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/Kayseri							
	DESTEKLEYİCİ								
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ								
	ARAŞTIRMA FAZI	FAZ 1	<input type="checkbox"/>						
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>						
FAZ 3		<input type="checkbox"/>							
FAZ 4		<input type="checkbox"/>							
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>							
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>							
	Diğer İse Belirtiniz	<input checked="" type="checkbox"/>		Yüksek Lisans Tezi					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ	<input checked="" type="checkbox"/>	ÇOKMERKEZ	<input type="checkbox"/>	ULUSAL	<input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI	<input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarih	Versiyon Numarası	Dili					
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe	<input type="checkbox"/>	İngilizce	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe	<input type="checkbox"/>	İngilizce	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe	<input type="checkbox"/>	İngilizce	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe	<input type="checkbox"/>	İngilizce	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama							
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>							
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>							
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFERFORMU	<input type="checkbox"/>							
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>							
	İLAN	<input type="checkbox"/>							
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>							
SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>								

BAŞVURU BİLDİRİMİ
T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
1923
TIP FAKÜLTESİ
BAŞKANLIĞI
Bahri YANCAR
Fakülte Şefi



DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ		
	DİĞER		

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2014/53	Karar Tarihi : 24.01.2014
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
---------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı / Adı Soyadı Ek Üyelığı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Sami AYDOĞAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Karamahmet YILDIZ	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Salih KUK	Tıbbi Parazitoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Kemal DENİZ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Musa KARAKÜKÇÜ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Hüseyin ARINÇ	Kardiyoloji	Kayseri Eğitim Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Erdem KILIÇ	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	E.Ü. Diş Hek. Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Aydın ÜNAL	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yard. Doç. Dr. Afra YILDIRIM	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yard. Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yard. Doç. Dr. Ferhan ELMALI	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Av. Zafer Tuğrul SARIASLAN	Avukat	Hukuk Müşaviri	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Serkan KARACA	Sivil Üye	Öğretmen	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>

EK-VIIKURUM İZİNLERİ

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
SEMIHA KIBAR ORGAN NAKLİ VE DİYALİZ HASTANESİ'NE
KAYSERİ

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastahkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. "Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sosyal Destek ve Öz yeterlilik düzeyleri" konulu tez çalışmamı yapmak üzere merkezinizden gerekli kurum izninin alınması hususunda,
Gereğinin yapılmasını arz ederim.

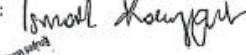
20.01.2014
Araştırmacının Adı-Soyadı
Kevser Çağla GURLAŞ



KURUM İZİNİ

Yukarıdaki tez konusu ile ilgili gerekli açıklamaları okudum. Kurumumuzda "Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sosyal Destek ve Öz yeterlilik düzeyleri" adlı çalışmanın yapılması hususunda izin verilmiştir.

Kurum İzni Veren Kişinin:



Adı-Soyadı:

İmza:



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Kayseri İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 27268541/ 1670
Konu : Kevser Çağla GURLAŞ'ın
Anket Çalışması İzni

KAYSERİ İLİ
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
Evrak No : 1670
Tarih : 28/01/2014
Birim : Yazı İşleri
GİDEN EVRAK

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 18.12.2013 tarih ve 1917-1475 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Kevser Çağla GURLAŞ'ın "Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi" konusunda yüksek lisans tezi ile ilgili anket çalışmasını Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ahmet GÖDEKMERDAN
Genel Sekreter



28.01.2014

Özel FMC Kayseri Erciyes Diyaliz Kliniğine,

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalında görevli olan Sn.Kevser Çağla Güldaş tarafından talep edilen "Diyaliz tedavisi alan hastaların öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi" konulu tez çalışmasının kliniğinizde yapılması uygundur.

Tekrar hatırlatmak isteriz ki, hasta bilgilerinin araştırmacı dışında bir kişi ile paylaşılmaması ve hasta ad/soyadlarından ziyade Euclid numaralarının hasta tanımlamasında kullanılması hasta güvenliği açısından önemlidir.

Saygılarımla,

Doç. Dr. Fatih Kırçelli

Medikal Müdür

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'F' and 'K' combined into a single fluid stroke.

DIAVERUM

RENAL SERVICES GROUP

DIAVERUM DİYALİZ HİZMETLERİ A.Ş.
KAYSERİ RENSA ŞUBESİ

Yıldız Evler Mah. Kocasinan Bulvarı
No:338 Kocasinan / KAYSERİ
Tel: 0 352 245 30 80 – 245 30 33
Fax: 0 352 245 30 62

Sayı : 99
Tarih :10.02.2014
Konu : Anket Çalışması İzni Hk.

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

KAYSERİ

İlgi: 18.12.2013 tarih ve 1917-1475 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Kevser Çağla GURLAŞ ın “Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi” konusunda yüksek lisans tezi ile ilgili anket çalışması Diaverum Diyaliz Hizm A.Ş.Kayseri Rensa Şubesi de yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize Arz Ederim .

Sorumlu Hekim
Mesul Müdür
Dr. İ.Sait DOĞAN

DIAVERUM DİYALİZ HİZM. A.Ş.
KAYSERİ RENSA ŞUBESİ
Yıldız Evler Mah. Kocasinan Bulvarı
No: 338 Kocasinan / KAYSERİ
Tel: 0 352 245 30 80 – Fax: 0 352 245 30 62
Meslek V.D. 739 000 6216
İstanbul Ticaret Odası Sicil No: 713263



UMUT DİYALİZ
UMUT TEDAVİ HİZMETLERİ
SAN. TİC. LTD. ŞTİ.

T.C

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

20.01.2014

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Entütüsü Hemşirelik Ana bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden Kevser Çağla GURLAŞ, diyaliz tedavisi alan hastaların öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi konulu yüksek lisans tez çalışmasını merkezimizde uygulaması uygundur.

Dr. Orhan NURŞUOĞLU
Özel Umut Diyaliz Merkezi
Mesul Müdürü

DIAPERUM

RENAL SERVICES GROUP

DIAPERUM DİYALİZ HİZMETLERİ A.Ş.
KAYSERİ LİFOS ŞUBESİ

Küçükali Mah. Kartal Bulvarı
Şenozan Sitesi Altı No:119
Melikgazi / KAYSERİ
Tel: 0 352 336 75 60
Fax: 0 352 336 84 11

02.01.2014

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
KAYSERİ

KEYSER ÇAĞLA GURLAŞ'a ait diyaliz hastalarında 'Öz yeterlilik ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi' isimli çalışmanın merkezimizde yapılması uygundur

Dr. Ahmet BÜYÜKKIRAZ

MESUL MÜDÜR

DIAPERUM DİYALİZ
HİZMETLERİ A.Ş.
KAYSERİ LİFOS ŞUBESİ
Küçükali Mahallesi Kartal Bulvarı Şenozan Sitesi Altı No: 119
Tel: 0 352 336 75 60 - Fax: 0 352 336 84 11
Maslak V.D. 739 000 6216 Melikgazi / KAYSERİ
İstanbul Ticaret Odası Sicil No: 713263



Almet Diyaliz Merkezi

Tarih : 10.01.2014

T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

18.12.2013 tarih ve 1475 sayılı yazınıza istinaden yapılmak istenen anket merkezimizce uygun görülmemiştir.

Gereğini bilgilerinizi rica ederiz.

Saygılarımızla.

Dr.Harun AKTAŞ
Mesul Müdür

**ALMET SAĞLIK HİZMETLERİ
TİCARET A.Ş.**
Örnekevler Mh. Çiçek Sk. No. 15 Kocasinan/KAYSERİ
Tel: (0352) 222 28 98 - Fax: (0352) 222 27 66
Ticaret Sicil No: 24498
Gevher Nesibe V.D. 055 032 7400

 Eczacıbaşı **Baxter**
Almet Sağlık Hizmetleri Tic.Aş.
Örnekevler Mh.Çiçek Sk.No:15
Kocasinan / KAYSERİ
0352 231 92 35 / 222 79 69

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

- **Adı, Soyadı:** Kevser Çağla GURLAŞ
- **Uyruğu:** Türkiye Cumhuriyeti (T.C.)
- **Doğum Tarihi ve Yeri:** 24.02.1985, İzmir
- **Medeni Durumu:** Evli
- **Tel:** 0554 326 1374
- **E-mail:** cagla_kemal@msn.com
- **Yazışma Adresi:** Erciyes Üniversitesi Hastanesi Nefroloji 2 servisi Talas / Kayseri

İŞ TECRÜBELERİ

- ERCİYES ÜNİVERSİTE HASTANELERİ NEFROLOJİ BÖLÜMÜ SERVİS HEMŞİRESİ TEMMUZ 2010-HALA ÇALIŞIYORUM
- KADIN DOĞUM MERKEZİ HEMŞİRE MART 2010-TEMMUZ 2010
- ÖZEL İLGİ TIP MERKEZİ HEMŞİRE EKİM 2008-ŞUBAT 2010
- İZMİR MESLEK EDİNDİRME VE BECERİ KURSU,HASTA VE YAŞLI BAKIMI USTA EĞİTİCİ MART 2008-TEMMUZ 2008

EĞİTİM

- DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU 2002-2008
- KARŞIYAKA ŞEMİKLER LİSESİ 1999-2002

YABANCI DİL

- İNGİLİZCE