



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARDA ÖZ YETERLİLİK VE
SOSYAL DESTEK ALGISI**

**Arş. Gör. Dr. MEHMET ŞİMŞEK
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Doç. Dr. TAHSİN ÇELEPKOLU
TEZ DANIŞMANI**

DİYARBAKIR-2018

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca eğitim ve öğrenimime verdikleri değerli katkılarından dolayı değerli hocalarım Sayın Doktor Öğretim Üyesi Ahmet Yılmaz'a, Sayın Doktor Öğretim Üyesi Pakize Gamze Erten Bucaktepe'ye ve Sayın Doktor Öğretim Üyesi Hamza Aslanhan'a şükranlarımı ve saygılarımı sunarım.

Asistanlık döneminde olduğu gibi özellikle tezimin hazırlık aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan tez hocam Sayın Doç. Dr. Tahsin Çelepkolu'na saygılarımı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Tezimin gerçekleşmesinde yardımlarını esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Zülfikar Yılmaz'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Tezimin istatistiksel analiz aşamasında destek veren Biyoistatistik A.B.D. öğretim üyesi Sayın Prof.Dr. Zeki Akkuş'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Gerek tez verilerinin toplanması aşamasında, gerekse ihtiyaç duyduğum her zaman desteğini esirgemeyen arkadaşım Uzm. Dr. Ömer Göcen ve Uzm. Dr. Vasfiye Demir'e, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Aile Hekimliği A.B.D. asistanları ve A.B.D. sekreterimiz Veli Adıyaman'a teşekkürlerimi sunarım.

Yaşamım boyunca her anlamda desteklerini esirgemeyen aileme teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Algısı

Giriş ve Amaç: Kronik böbrek yetmezliği (KBY), dünya çapında giderek artan önemli bir sağlık problemi olmakla birlikte, bireylerin yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Son dönem böbrek yetmezliği tedavisinde iki önemli nokta mevcuttur. Birincisi, hastaların yaşam sürelerini uzatmak, ikincisi ise hastalara daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamaktır. Bu çalışmada amaç; hemodiyaliz (HD) hastalarının öz yeterlilik durumları ve sosyal destek algılarını kontrol grubu ile karşılaştırarak ortaya koymaktır.

Materyal ve Metod: Dicle Üniversitesi Hastanesi'nde takip edilen ve tedavi gören 51 hasta değerlendirilmiştir. Ek olarak kontrol (KT) grubu oluşturmak amacıyla 102 sağlıklı birey incelenmiştir. Veriler; sosyodemografik özellikleri özellikleri içeren sorular, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden elde edilmiştir. Anketler yüz yüze görüşülerek yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde spss 24,0 programı kullanılarak $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Kontrol grubundaki kişilerin Öz Yeterlilik ölçeğinden aldıkları puan HD hasta grubundaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek görüldü ($p < 0,05$). Kontrol grubunun, Sosyal Destek arkadaşlar ve özel kişiler alt boyutlarından aldıkları puanlar hasta grubundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek görüldü ($p < 0,05$). SD aile puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. Hemodiyaliz hastalarında; ileri yaşta olanların, dul ya da boşanmış olanların, KBY yanında ek bir kronik hastalığa sahip olanların öz yeterlilik puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu ($p < 0,05$), SD aile puanı birinci derece akrabalarıyla yaşamayan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük olduğu ($p < 0,05$), SD arkadaşlar ve özel kişiler puanlarında ise tüm sosyodemografik özelliklerde gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görüldü ($p > 0,05$).

Sonuç: Çalışmada; HD hastalarının öz yeterlilik ve sosyal destek ölçeklerinden aldıkları puanlar sağlıklı kontrol grubundan düşük çıkmıştır. Sağlık profesyonellerine bu farkındalığın kazandırılması, HD hastalarına ve yakınlarına hastalık hakkında eğitimler verilmesi, hastalara yönelik gerekli psikolojik desteğin sağlanması, hobi, gezi, grup iletişimi gibi faaliyetlerin artırılması gibi önlemlerin alınması gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Sözcükler: Son dönem böbrek yetmezliği, hemodiyaliz, öz yeterlilik, Sosyal Destek

ABSTRACT

Self-Sufficiency And Perception Of Social Support In Patients Undergoing Hemodialysis

Introduction and Aim: Chronic kidney disease (CKD) is an increasingly significant health problem around the world leading to reduced quality of life in the patients. Over the recent years, two principal goals have been defined for the treatment of CKD: first, to increase the survival of the patients; second, to improve the quality of life of the patients. The aim of this study was to investigate self-sufficiency and perception of social support in the KD patients receiving hemodialysis (HD) by comparing the patients with healthy controls.

Materials and Methods: The retrospective study included a group of 51 patients that were receiving HD at Dicle University Medical School Hospital and a control group of 102 healthy individuals. Data collection was achieved using a questionnaire probing sociodemographic features of the participants, the generalized Self-Sufficiency Matrix (SSM), and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). The survey was administered through face-to-face interviews. Data were analyzed using SPSS 24,0 for windows. A p value of $<0,05$ was considered significant.

Results: The SSM scores were significantly higher in the control group than in the HD group ($p < 0.05$). The MSPSS scores of the control group in the Friends and Significant Others subscales were significantly higher than those in the HD group ($p < 0.05$). However, no significant difference was found between the two groups with regards to the Family subscale of MSPSS. In the HD group, the SSM scores were lower in old-age patients, those who were divorced or widowed, and those with a chronic disease besides CKD ($p < 0.05$) and the MSPSS scores in the Family subscale were significantly lower in the patients that were not living with a first-degree relative ($p < 0.05$). However, no significant difference was found among the patients with regards to the MSPSS scores in the Family and Significant Others subscales ($p > 0.05$).

Conclusion: Both the SSM and MSPSS scores were significantly lower in the HD group compared to the control group. Accordingly, a number of measures could be helpful such as raising awareness among healthcare professionals regarding these low scores, organizing informative seminars about CKD both for HD patients and their relatives, providing psychological counseling for the patients, and promoting social activities for the patients such as hobbies, trips, and group communications.

Key words: End-stage kidney disease, hemodialysis, self-sufficiency, social support

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLO LİSTESİ.....	vi
SİMGE ve KISALTMALAR.....	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Son Dönem Böbrek Hastalığı.....	3
2.1.1. Etiyoloji.....	6
2.1.2. Patogenez.....	7
2.1.3. Klinik özellikler	8
2.1.4. KBY’de tanı	9
2.1.5. KBY’de tedavi	9
2.1.5.1. Diyaliz.....	10
2.1.5.1.1. Akut diyaliz.....	11
2.1.5.1.2. Kronik diyaliz.....	11
2.1.5.1.3. Diyaliz endikasyonları	11
2.1.5.1.4. Diyalizin görelî kontraendikasyonları.....	12
2.1.5.1.5. Diyalizin yeterliliği	13
2.1.5.2. Hemodiyaliz	16
2.1.5.2.1. Hemodiyalizin avantajları	17
2.1.5.2.2. Hemodiyalizin dezavantajları.....	17
2.1.5.2.3. Hemodiyalizin akut komplikasyonları	18
2.1.5.2.4. Hemodiyalizde kronik komplikasyonlar	18
2.2. Öz yeterlilik tanımı ve değerlendirilmesi.....	19
2.3 Sosyal destek	21
2.3.1 sosyal destek tanımı.....	21

2.3.2 sosyal destek hemodiyaliz ilişkisi	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	23
3.1. Veri Toplama Araçları	23
3.1.1. Sosyodemografik veri formu	23
3.1.2. Genel Öz Yeterlilik Ölçeği.....	23
3.1.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	24
3.1.4. Araştırmaya dahil edilme kriterleri	25
3.1.5. Araştırma dışı bırakılma kriterleri.....	25
3.2. İstatistiksel Analiz.....	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	53
KAYNAKLAR	55
Ek 1	63
Ek 2.....	65
EK3.....	67

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Renal disfonksiyonun evreleri.....	4
Tablo 2. Kronik böbrek yetersizliğinin klinik bulguları.....	5
Tablo 3. Böbrek yetmezliğine eşlik eden, diyaliz tedavisinin relatif kontrendike olduğu durumlar.....	12
Tablo 4. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik bazı özelliklerine göre dağılımı.....	27
Tablo 5. Hemodiyaliz ve Kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	29
Tablo 6. Hasta ve Kontrol grubunun ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları ve karşılaştırılması.....	30
Tablo 7. HD hasta grubunun yaş a göre ölçeklerden aldığı puanlar.....	31
Tablo 8. HD hasta grubunun Öz Yeterlilik ölçeğine göre istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar.....	31
Tablo 9. HD hasta grubunun cinsiyet ve eğitim durumuna göre ölçeklerden aldığı puan ortalamaları ve birbiriyle ilişkisi.....	33
Tablo10. HD hasta grubunun yaşadığı yer, çalışma durumu ve aylık gelir durumuna göre ölçeklerden aldığı puan ortalamaları ve birbiriyle ilişkisi.....	35
Tablo 11. HD hasta grubunun sigara kullanımı, diyaliz süresi ve alkol kullanımı durumuna göre ölçeklerden aldığı puan ortalamaları ve birbiriyle ilişkisi.....	37
Tablo 12. HD hasta grubunda Medeni durum ve Ek hastalığa göre ÖY puanlarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 13. HD hasta grubunda birlikte yaşamın Sosyal Destek Aile puanlarının karşılaştırılması.....	41
Tablo 14. HD hasta grubunun medeni durum, Beraber yaşam ve Ek hastalık durumuna göre ölçeklerden aldığı puan ortalamaları ve birbiriyle ilişkisi.....	42
Tablo 15. Katılımcıların, ölçeklerden aldıkları puanların birbirleriyle ilişkisi.....	43

SİMGE ve KISALTMALAR

- PD** : Periton Diyalizi
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
GFR : Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD : Hemodiyaliz
HT : Hipertansiyon
KBY : Kronik Böbrek Yetmezliği
KT : Kontrol Grubu
BY : Böbrek Yetmezliği
SDBY : Son Dönem Böbrek Yetmezliği
BUN : Kan Üre Azotu
Kt/V : Üre Kinetiği Modeli
URR : Üre Azalma Oranı
PTH : Paratiroid Hormon
ÖY : Öz yeterlilik
SD : Sosyal destek
DM : Diyabetes Mellitus
- GÖYÖ** : Genel Öz Yeterlilik Ölçeği
- ÖEYÖ** : Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği
- ÇBASDÖ** : Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
- DTPA** : Dinamik Böbrek Sintigrafisi

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), ilerleyici nefron kaybı sonucunda böbrek fonksiyonlarının giderek bozulması ile meydana gelen, kalıcı glomerül filtrasyon hızının (GFR) azalması ile kendini gösteren bir tablodur. Böbrek fonksiyon kaybı kritik bir düzeyi aşınca, altta yatan nedenin giderilmesi bile çoğu kez hastalığın ilerlemesine engel olamamaktadır. Dünyada her yıl 1 milyon kişiden 50-250'si son dönem böbrek yetmezliğine ilerlemektedir (1).

Kronik böbrek yetmezliği, dünya genelinde gittikçe artan önemli bir sağlık problemi olmakla beraber, bireylerin yaşam kalitesini de kötü yönde etkilemektedir (2). Hastalık, anlamlı derecede mortalite ve morbidite ile global bir tehdit haline gelmiştir (3).

SDBY tedavisinde iki önemli nokta mevcuttur. Birincisi, hastaların yaşam sürelerini uzatmak, ikincisi ise hastalara daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamaktır. Böbrek yetmezliğindeki progresyonla beraber, hastalar günlük yaşamlarını etkileyen semptomlara daha sık maruz kalmaktadırlar (4).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 21.yy hedefleri içinde, toplum sağlığı açısından kronik hastalıkların sıklığını ve bunlara bağlı gelişen erken ölüm, sakatlık ve iş göremezlik gibi nedenleri azaltarak, insanların psikososyal iyilik halini muhafaza edip, yaşam kalitelerini yükseltmek yer almaktadır (5).

Öz yeterlilik (ÖY), kişinin çevresinde olup bitenleri üzerinde etkili olabilecek biçimde bir edimi başlatıp, sonuç alıncaya kadar sürdürebileceğine olan inancı olarak tanımlanmıştır (6).

KBY'de sürekli ayaktan periton diyalizi, hemodiyaliz (HD) ve böbrek transplantasyonu gibi renal replasman tedavileri uygulanmaktadır. Bu tedavilerden biri olan HD, bireylerde fiziksel yetersizlik, tedavi ekibine ve makineye bağımlı olmanın sonucu olarak, aile içinde rollerinin değişmesi, sınırlanmış çalışma yaşamı ve sosyal ilişkileri, yaşanan iç çatışmalar, seksüel fonksiyonlarda bozulmalar, bitkinlik, beden imgesinde değişme, sıvı kısıtlaması ve sınırlı diyet, devamlı gelecek korkusu ve kısa yaşam süresi gibi psiko-sosyal sorunlara neden olmaktadır (7). Bu nedenle HD hastalarında sağlıklı davranışı başlatmak ve davranışı sürdürmede yararlanılan tekniklerden biri, bireyin genel ve duruma özel öz yeterlilik algısının değerlendirilmesi önemlidir (8).

Ülkemizde KBY olan bireylerin yaşadığı en önemli sorunların başında sosyal yaşamlarından kopmaları gelmektedir. Sosyal destek (SD) alan hastaların hastalıkları ile

mücadele edebilme güçleri artmakta ve aldıkları sosyal destek psikolojik olarak olumlu etki yarattığından hastalıkla baş etmede pozitif etki yaratmaktadır. SD'nin kaynağı ülkemizde hala aile ve arkadaş grupları olmaktadır. SD hizmetleri kanser, KBY gibi kronik hastalıklarda çok büyük önem arz etmektedir. Toplumsal hayata yeniden uyum sağlayabilmelerinde SD en temel işlev görmektedir (9).

Bu çalışmanın amacı; Dicle Üniversitesi Hastanesinde tedavi gören HD hastalarında ÖY durumları ve SD algılarını kontrol grubu ile karşılaştırarak ortaya koymaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Son Dönem Böbrek Hastalığı

Böbrekler, retroperitoneal bölgede bulunan her biri yaklaşık 120-150 gram ağırlığında olan organlardır. Böbreğin birçok fonksiyonu bulunmaktadır (10).

1. Vücut sıvı ve elektrolit dengesinin korunması: Su, sodyum, potasyum, hidrojen, bikarbonat, kalsiyum, fosfor, magnezyum...
2. Metabolik artık ürünlerin atılımı: Üre, ürik asit, kreatinin...
3. İlaçlar, toksinler ve metabolitlerinin detoksifikasyonu ve atılımı
4. ekstrasellüler sıvı hacmi ve kan basıncının hormonal düzenlenmesi :
Renin-angiotensin sistemi Renal prostaglandinler Renal kallikrein-kinin sistemi
5. hormon üretimi ve metabolizmasına katkı: Eritropoietin, D vitamini...
6. Peptid hormonların yıkımı: İnsülin, glukagon, parathormon, kalsitonin, büyüme hormonu...
7. Küçük molekül ağırlıklı proteinlerin yıkımı: Hafif zincirler, beta2- mikroglobülin... 8.
Metabolik etki: Glukoneogenez, lipid metabolizması...

Böbrek yetmezliğinde, böbreğin bu temel fonksiyonlarında bozulmalar olur ve değişik adaptif sistemler devreye girer. Böbrek yetmezliği akut veya kronik olabilir (11).

Böbrek yetmezliğinin derecesinin belirlenmesinde kullanılan en objektif parametre GFR değerinin ölçülmesidir (12).

GFR değerinin en sık kullanılan birimi ml/dakikadır ve normal değeri 70-145 ml/dakikadır. 40 yaştan sonra GFR her yıl 1 ml/dakika azalır. Klinikte glomerüler filtrasyon değeri hesaplanırken klirens formülleri kullanılır. GFR değerinin ölçülmesinde en sık kullanılan yöntem kreatinin klirensidir. GFR değerinin hesaplanmasında inülin, Tc99m ile işaretlenmiş DTPA, üre gibi maddeler de kullanılabilir (12).

Klinik açıdan KBY, asemptomatik böbrek fonksiyonu azalmasından, üremik sendroma uzanan değişen bir spektrum gösterir. Aslında böbrek yetmezliğinin evreleri birbirinin içine geçmiş olup kesin sınırlarla ayrılması mümkün olmamaktadır (Tablo 1) (13).

Tablo 1. Renal disfonksiyonun evreleri

Evr e	Tanım	GFR (ml/dk/1,73 m²)	Tedavi
1	Normal veya artmış GFR ile birlikte böbrek hasarı	≥90	Tanı ve tedavi. Progresyonun yavaşlatılması. İzlem ve KBH risk azaltımı
2	Hafif böbrek yetmezliği	60 - 89*	Progresyonun tahmin edilmesi
3	Orta derecede böbrek yetmezliği	30 - 59	Komplikasyonların tespiti ve tedavisi
4	Ağır böbrek yetmezliği	15 - 29	Replasman tedavisine hazırlık
5	Son Dönem Böbrek Hastalığı	<15	Renal replasman tedavisi

*Yaşa göre normal olabilir

KBY, pek çok etyolojik sebebe bağlı olarak, nefronların progresif ve geri dönüşümsüz kaybı ile GFR’de ilerleyici ve genellikle geri dönüşümsüz azalmayla karakterize, böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik, kalıcı ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanabilir (14). KBY, GFR’de azalma olsun veya olmasın, böbrekte 3 aydan daha uzun süre yapısal ya da işlevsel bozukluklarla seyreden ve idrar, kan ya da görüntüleme yöntemleri ile saptanan bir hasar olması olarak da açıklanabilir. Böbrek hasarı, normal GFR ile birlikte olsa bile KBY olarak tanımlanır (15).

KBY'den etkilenmeyen organ veya sistem neredeyse yoktur.

TABLO 2: Kronik böbrek yetmezliğinin klinik bulguları (16)

SİSTEM	BULGU
Sıvı-Elektrolit Bozuklukları	Hipovolemi, hipervolemi, hipernatremi, hiponatremi, hipokalsemi, hiperpotasemi, hipopotasemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz, hipermagnezemi
Sinir sistemi	Stupor, koma, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları, demans, konvülsiyon, polinöropati, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, konsantrasyon bozuklukları, yorgunluk, meningizm, huzursuz bacak (restless leg) sendromu, tik, tremor, myoklonus, ter fonksiyonlarında bozulma, ruhsal bozukluklar
Gastrointestinal sistem	Hıçkırık, parotit, gastrit, iştahsızlık, stomatit, pankreatit, ülser, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, kronik hepatit, motilite bozuklukları, özafajit (kandida, herpes), intestinal obstrüksiyon, perforasyon, asit
Hematoloji-İmmünoloji	Normokrom normositer anemi, eritrosit fragilitesinde artma, kanama, lenfopeni, infeksiyonlara yatkınlık, immün hastalıkların yatışması, kanser, mikrositik anemi (alüminyuma bağlı), aşılama cevabında azalma, tüberkülin gibi tanısal testlerde bozulma
Kardiyovasküler sistem	Perikardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomyopati, hızlanmış ateroskleroz, aritmi, kapak hastalığı
Pulmoner sistem	Plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem
Cilt	Kaşınıtı, gecikmiş yara iyileşmesi, solukluk, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, üremik döküntü, ülserasyon, nekroz
Metabolik-Endokrin sistem	Glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon, hiperprolaktinemi
Kemik	Üremik kemik hastalığı, hiperparatiroidi, amiloidoz (beta2-mikroglobülin), D vitamini metabolizması bozuklukları, artrit
Diğer	Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, akiz renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu,

2.1.1. Etyoloji

KBY' ye yol açan en önemli sebepler arasında; hipertansiyon (HT), diyabetes mellitus (DM), kronik glomerulonefrit, kronik pyelonefrit, kistik böbrek hastalıkları ve ürolojik hastalıklar yer alır.

Akut ve kronik böbrek hastalığına yol açan nedenler böbrek anatomisine göre sınıflandırılır. Buna göre böbrek hastalığına yol açan nedenler şu şekilde sıralanabilir:

1. Prerenal Nedenler:

- a. Volüm deplesyonu
- b. Konjestif kalp yetmezliği
- c. Siroz
- d. Nonsteroid antiinflamatuar ilaçların kullanımı
- e. Bilateral renal arter darlığı
- f. Şok

2. Postrenal Nedenler

- a. Prostatik hastalıklar
- b. Pelvik ve retroperitoneal maligniteler
- c. Taş
- d. Konjenital anomaliler

3. İntrinsik Böbrek Hastalıkları

a. Glomerül Hastalıkları

- Minimal değişiklik hastalığı
- Membranöz glomerülopati
- Fokal segmental glomerüloskleroz
- Diyabetik glomerüloskleroz
- Amiloidoz
- Mesangial proliferatif glomerulonefrit
- Diffüz proliferatif glomerulonefrit
- Fibriller glomerulonefrit
- Kresentik glomerulonefrit

b. Vasküler Hastalık

- Sistemik vaskülit
- Hipertansif nefroskleroz

- Trombotik mikroanjiopati

c. Tübüler Hastalık

- Akut tübüler nekroz
- Myeloma böbreği
- Hiperkalsemi
- Polikistik böbrek hastalığı
- İnterstisyel hastalık
- Akut interstisyel nefrit
- Akut pyelonefrit
- Kronik pyelonefrit
- Analjezik kötüye kullanımına bağlı nefropati (17).

2.1.2. Patogenez

Böbrek yetmezliği gelişmesiyle böbreklerin fizyolojik, biyokimyasal ve hormonal fonksiyonlarında ilerleyici bir kayıp oluşur. Üremik bulguların patogenezinden çeşitli toksinler sorumlu tutulmuştur. Üremide biriken solütler molekül ağırlıklarına (MA) göre üç gruba ayrılır;

1. Düşük MA'lı solütler (< 300 dalton): Örneğin; üre, kreatinin

2. Orta MA'lı solütler (300–12.000 dalton): Örneğin; paratiroid hormon (PTH), β_2 mikroglobulin

3. Yüksek MA'lı

Üremik semptomlardan, orta molekül ağırlıklı solütlerin daha fazla sorumlu olduğu görülmüştür. Bu moleküllerin bir kısmı da serum kreatinin değeri gibi böbrek işlevlerindeki bozulmanın derecesini saptamak için kullanılabilir (18).

2.1.3. Klinik Özellikler

Sıvı-Elektrolit Bozuklukları: Bulantı-kusma nedeniyle hiponatremi ve dehidratasyon, oligüri nedeniyle hiperpotasemi, hipokalsemi ile birlikte hiperfosfatemi ve hipermagnezemi, proteinüri ve su-sodyum retansiyonu nedeniyle ödem, ileri dönemlerde ödem nedeniyle HT ve konjestif kalp yetmezliği, metabolik asidoz, hipokalsemi belirtisi olarak ebe-eli, Trosseau ve Chvostek bulguları pozitifdir.

Sinir Sistemi: Yakın zaman bellek kaybı, emosyonel irritabilite, dikkat azalması, uykusuzluk, konsantrasyon yeteneğinde azalma, depresyon, anksiyete, kişilik değişiklikleri, disoryantasyon, halüsinasyon, konfüzyon, konuşma bozuklukları, yürüme bozuklukları, afazi, stupor, flepping tremor, demans, konvülsiyon, polinöropati, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, yorgunluk, huzursuzluk, tik ve ter fonksiyonlarında azalma sayılabilir.

Gastrointestinal Sistem: Ağız içinde amonyak oluşumunun artması nedeniyle metalik tat hissetme ve ağızda amonyak kokusu, hiperürisemiye bağlı ağızda üremi kokusu, ağız müköz membranlarda kuruluk, kırmızı ülseratif lezyonlarla karakterize üremik stomatitler, iştahsızlık, bulantı-kusma, konstipasyon, ileri dönemde diyare, hıçkırık, gastrit, parotit, stomatit, pankreatit, gastrointestinal kanama, kronik hepatit, motilite bozuklukları, özafajit, intestinal obstrüksiyon, perforasyon, asit görülebilir.

Hematopoetik ve İmmün Sistem: Eritrosit oluşumunda azalma ve eritrositlerin yaşam sürelerinin kısalması nedeniyle anemi; lenfopeni ve lökosit fonksiyonları bozulduğundan enfeksiyonlara direncin azalması; koagülasyon bozukluğu nedeniyle kanamaya eğilim; immün sistemin baskılanması ve kanser görülebilir.

Kardiyovasküler ve Pulmoner Sistem: Hiperpotasemi nedeniyle aritmiler, volüm azlığı ve renin sekresyonunda artma nedeniyle HT; ürenin seröz zarlarda toplanması nedeniyle perikardit; perikarditte olası hemorajik effüzyon sonrası perikardiyal tamponat; üremik plörit ve plevral effüzyon; volüm artışı nedeniyle vasküler konjesyon ve buna bağlı olarak gelişen konjestif kalp yetmezliği ile akciğer ödemi, kardiyomyopati; asidoz nedeniyle kusmaull solunum; atheroskleroz ve kapak hastalığı ortaya çıkar.

Cilt: Anemi nedeniyle konjunktiva ve avuç içlerinde solukluk, pıhtılaşma bozukluğuna bağlı olarak ekimoz, hematoma, diş eti ve mukoz membranlarda kanama olasılığı, üre kristallerinin cildi tahriş etmesi nedeniyle kaşıntı, gecikmiş yara iyileşmesi, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, ülserasyon, nekroz görülebilir.

Metabolik-Endokrin Sistem: Glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon, hiperprolaktinemi gelişebilir.

Kemik: Üremik kemik hastalığı, hiperparatiroidi, amiloidoz, artrit.

Diğer: Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, myopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, akkiz renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu, noktüri (17,19).

2.1.4. KBY’de Tanı

Böbrek yetmezliği tanısı kan üre azotu (BUN) ve kreatinin düzeylerindeki yükselme veya kreatinin klirensindeki azalma ile konulabilir. Önemli olan akut ve KBY ayırıcı tanısıdır. KBY tanısında pratikte en çok kullanılan yöntem radyolojik olarak böbreklerin boyutlarının küçüldüğünün gösterilmesidir. Amiloidoz, diabetik nefropati, hidronefroz, polikistik böbrek hastalığı, böbreğin infiltratif hastalıklarında KBY olmasına rağmen böbrekler küçülmemiş olabilir. Böbrekler normalden daha küçükse, KBY’de esas hastalık ne olursa olsun, histolojik inceleme amiloidoz haricinde ana böbrek hastalığı hakkında bilgi vermekte yetersiz kalır. Böylece tanı ve ayırıcı tanıda biyopsinin yeri çok sınırlıdır (20).

Tanıda kullanılabilen laboratuvar çalışmaları arasında idrar incelemesi ve gerek duyulduğunda kültür, kan sayımı ve periferik yayma, hematokrit, böbrek fonksiyon testleri (özellikle BUN, kreatinin ve endojen kreatinin klirens testi), serum kalsiyum, fosfor ve alkalin fosfataz değerleri, kan pH ve kan gazları, radyolojik ve nükleer tıp görüntüleme yöntemleri (özellikle direkt karın grafisi, abdominal ultrasonografi, beyin tomografisi, nükleer görüntüleme yöntemleri) sayılabilir (21).

2.1.5. KBY’de Tedavi

KBY tedavisinde ana prensipler şunlardır:

1. Böbreklerin fonksiyonel rezervinin doğru olarak saptanması
2. Altta yatan hastalığın tedavisi
3. Böbrek yetmezliğinin ilerlemesini hızlandıran faktörlerin kontrolü, böbrek yetmezliğinin yavaşlatılması
4. Böbrek fonksiyonlarında azalmanın yol açtığı sorunların önlenmesi ve tedavisi
5. SDBY gelişen hastalarda renal yerine koyma tedavisi

- a. Diyaliz
 - HD
 - Periton Diyaliz (PD)
- b. Böbrek transplantasyonu (17,20).

2.1.5.1. Diyaliz

Diyaliz, yarı geçirgen bir membran vasıtası ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-solid değişiminin esas olduğu bir tedavidir. Bu tedavi yöntemi ile vücut sıvılarındaki istenmeyen maddeler yarı geçirgen zar aracılığı ile vücuttan atılır (22).

Difüzyon ve ultrafiltrasyon olmak üzere iki temel prensibi vardır. Difüzyon, membranın iki yanındaki konsantrasyon farkı nedeni ile solütün konsantrasyonu yüksek olan taraftan düşük olan tarafa hareketidir. Ultrafiltrasyon ise uygulanan basınç nedeni ile membranın bir yanından diğer yanına sıvı transferidir (17).

HD'de ultrafiltrasyon hidrostatik basınç ile sağlanırken, sürekli ayaktan periton diyalizinde (SAPD) ozmotik basınç ile sağlanmaktadır (22).

Diyalizin Amaçları

- Üre ve kreatininin kandan uzaklaştırılmasını sağlamak
- Serum elektrolitlerinin sağlıklı düzeyde tutulmasını sağlamak
- Asidozu düzeltmek ve kanın bikarbonat (HCO_3) tampon sistemini yerine koymak
- Fazla sıvıyı almaktır (23).

2.1.5.1.1. Akut Diyaliz

Gerek oligüri, gerekse akut renal yetmezlik çoğu zaman diyaliz sebepleri arasında ilk sırayı alır. Ancak böyle bir durumla karşılaşıldığında hemen diyaliz tedavisine karar vermek yanlıştır. Hastanın durumu iyice gözden geçirilmeli, renal bozukluğun sebebi belirlenerek, geri döndürülebilir nedenlere bağlı bir olay söz konusu ise öncelikle bunlar ortadan kaldırılmalıdır. Öte yandan da hastanın hayatını tehdit edecek ciddi hiperkalemi gibi bir durum söz konusu ise bu işlem geciktirilmemelidir. Özellikle akut dönemde HD tedavisi Periton diyalizinden önce uygulanır (24).

2.1.5.1.2. Kronik Diyaliz

KBY’de diyaliz tedavisi planlanan hastalara öncelikle vasküler giriş yerinin hazırlanması uygundur. Bir arteriyo-venöz fistülün olgunlaşıp kullanılabilir hale gelmesi 2 hafta-4 ay arasında bir süre alacağından, buna göre hasta HD programına alınmalıdır. Genellikle KBY olan hastaların kreatinin klirens değerleri belli limitlerin altına düştüğünde veya üremik sendrom bulguları ortaya çıktığında bu uygulama başlatılır (21).

2.1.5.1.3. Diyaliz Endikasyonları

- Akut böbrek yetmezliği,
- Kronik böbrek yetmezliği,
- Yüksek doz ilaç alımı ve zehirlenmelerde,
- Aşırı ve tedaviye dirençli ödem,
- İleri derecede sıvı – sodyum dengesizliği (hiponatremi, hipervolemi),
- Hiperpotasemi (serum potasyumunun 6,5–7 mEq/L ve üzerinde olması),
- Metabolik asidoz (plazma bikarbonatının 15 mEq/L ve kan pH’sının 7.15’den düşük olması),
- Kan üre düzeyinin 250–300 mg’den fazla olması,
- Kan üre düzeyinin günde 100 mg veya kan potasyumunun günde 1 mEq/L’den fazla yükseldiği katabolik durumlar,
- Hiperfosfatemi,

- Hiperkalsemi,
- Hiperürisemi.(25)

2.1.5.1.4. Diyalizin Görelî Kontrendikasyonları

Diyaliz tedavisinin mutlak bir kontrendikasyonu yoktur. Böbrek yetmezliğine eşlik eden bazı hastalıkların varlığında görelî (relative, rölatif) bir kontrendikasyon vardır (Tablo 3). Bu hastalıkların ortak noktası kronik ve tedavisi olmayan hastalıklar olmasıdır. Bu hastalarda, diyaliz tedavisi ile gerek yaşam süresi, gerekse yaşam kalitesinde belirgin iyileşmeler izlenmemiştir. İlerlemiş kansere istisnai tek hastalık Multipl Miyelomdur; Multipl Miyeloma'da hastalık ilerlemiş olsa bile diyaliz tedavisi uygulanmalıdır. Diyaliz tedavisinin kontrendike olduğu durumlarda yasal ve etik sorunlar da söz konusu olabilir.

TABLO 3. Böbrek yetmezliğine eşlik eden, diyaliz tedavisinin rölatif kontrendike olduğu durumlar

Alzheimer hastalığı
Multi-İnfarkt demans
Hepatorenal sendrom
Ensefalopati ile ilerlemiş siroz
İlerlemiş kanser

2.1.5.1.5. Diyalizin Yeterliliği

- Yeterli diyaliz iyilik durumunu arttırır, morbiditeyi en aza indirir. Hastanın sosyal bağımsızlık kazanmasına yardım eder,
- Yeterli diyaliz, sadece belli bir sayıyı aşan diyaliz dozu değildir ve tek başına solüt klirensi olarak tanımlanmamalıdır,
- Diyaliz reçetelendirilmesi kişiye özel olmalıdır, düzenli olarak yeniden değerlendirilmelidir (1,27).

Yeterliliğin değerlendirilmesi kriterleri şunlar olmalıdır;

- Hastanın iyilik durumu (fiziksel, sosyal ve mental),
- Beslenme (malnutrisyon olmaması),
- Küçük solüt klirensi (üre kinetiği yaklaşımı, URR),
- Ultrafiltrasyon yeterliliği,
- Kan basıncı kontrolü,
- Protein katabolizma hızı,
- Anemi, asidoz ve kemik hastalığının kontrolü (1,27).

Klinik Değerlendirme: Diyaliz yeterliliği hastanın kendini iyi hissetmesi, kaşıntı, iştahsızlık, bulantı-kusma, halsizlik, uykusuzluk, parestezi, huzursuz ayak, perikardit gibi üremik belirti ve bulgularının bulunmaması ve kan basıncının kontrol altında olmasını içerir. Klinik belirti ve bulgular, diyaliz yeterliliğinin değerlendirilmesinde önemli ölçütler olmasına rağmen, hastaların yansıtma derecelerinin farklı olabilmesi, eşlik eden hastalıklardan etkilenebilmesi ve yetersiz diyalizin nispeten geç göstergeleri olması sebebiyle tek başına izlenmesi uygun değildir (20,28).

Biyokimyasal Değerlendirme: Kan üre azotu düzeyinin 70 mg/dl'nin, kreatinin düzeyinin 15mg/dl'nin altında olması diyalizin yeterli olduğu konusunda fikir verebilirse de, bu ölçümler hastanın beslenme durumundan ve vücut kas kitlesinden de etkilenebilir (1,20,28).

Üre Kinetiği Modeli: Üre temizlenmesi ve oluşumunun ortaklaşa etkilerini, ürenin vücut içi dağılımını hesaba katarak tanımlayan ve formül haline getiren, dolayısıyla solüt klirensinin ve beslenmenin ölçüsünü veren bir metottur (20,28). Diyaliz sırasında kan üre

konsantrasyonu hızla düşmekte ve sonra iki diyaliz arası sürede tedricen yükselmektedir. Diyaliz sırasındaki üre düşmesini yeterlilikte esas alan ve bunu ilgili parametrelerle ifade eden matematiksel bir model olarak Gotch ve Sargent tarafından 1985 yılında Kt/V şeklinde formüle edilen üre kinetik model ortaya konmuştur (25).

Kt/V'nin hesaplanması temelde kolaydır. t diyaliz süresine işaret eder (doğrudan ölçülebilir), V ürenin dağılım hacmidir (vücut ağırlığı ve boy/yüzey alanından hesaplanır), ve K diyalizörün üre klirensidir (her diyalizör için invitro çalışmalarla tespit edilmiştir). Belirli bir Kt/V oranı için gerekli diyaliz süresi o hasta için hesaplanabilir (25,28).

1993 yılında, Renal Physicians Association (RPA) ilk defa kanıtlara dayalı olarak, hemodiyaliz yeterliliği için kullanılacak pratik bir rehber oluşturmuştur. Buna göre yeterli hemodiyaliz, hastaların hemodiyalizden tam anlamıyla yarar görmesi için gerekli hemodiyaliz miktarı olarak tanımlanmıştır. Bu belgeden önce bu anlamda yapılan tek randomize ve kontrollü çalışma 1981 yılında yapılan National Cooperative Dialysis Study (NCDS)'dir.(29) Buna göre, Kt/V değeri 0,8'in altında olduğunda morbidite oranı yüksek iken, 1,0–1,2 arasında düşük olduğu bildirilmiştir (30,31).

Kt/V değerinin en azından rezidü böbrek fonksiyonu da dikkate alınarak haftada toplam 3,6 olması, yani haftada üç kez hemodiyaliz alan bir hastada her diyaliz için en az 1,2 değerinin hedeflenmesi uygun olmaktadır (28).

Diyalizdeki Kt/V değerinin hesaplanması en iyi şekilde tüm diyalizatın toplanıp diyalizörün üre klirensinin tayininin yapılması ile mümkün olmakla beraber, rutin kullanımda pratik olmamaktadır. Öte yandan Kt/V değerini belirleyen esas değişkenin diyaliz sırasında kan üre konsantrasyonunda meydana gelen düşme (percent reduction of urea - PRU) olduğu gösterilmiş ve bundan faydalanılarak Kt/V değerini hesaplamayı sağlayan çeşitli basitleştirilmiş formüller geliştirilmiştir (1).

Prediyaliz üre - Postdiyaliz üre

$$1) \text{ PRU} = \frac{\text{Prediyaliz üre} - \text{Postdiyaliz üre}}{\text{Prediyaliz üre}} \times 100 \text{ olmak üzere}$$

$$\text{Kt/V} = 0,04 \text{ PRU} - 1,2$$

Bu formüle göre PRU %50 olduğunda Kt/V 0,8 olmakta ve PRU'da her %5'lik artış, Kt/V'de 0,2 artışa karşılık gelmektedir. PRU < %60 olanlarda mortalite riski, PRU > %65 olanlara göre artmış bulunmaktadır. Bu formülde diyaliz sırasında oluşan üre oluşumunu ve

ultrafiltrasyonla uzaklaştırılan üreyi hesaba katmak için bazı düzeltmeler yapılarak, lineer ve logaritmik nitelikte formüller geliştirilmiştir.

$$\frac{\text{postdializ üre azotu}}{\text{predializ üre azotu}} = R \text{ ile}$$

ultrafiltrasyon (lt) **UF** ile diyaliz sonu ağırlık (kg) **W** ile gösterilmek suretiyle

$$Kt/V = -\ln(R-0,03) + (4 - 3,5 \times R) \times UF / W \text{ düzenlenmişlerdir.}$$

Yaklaşık olarak R düzeylerine karşılık gelen Kt/V değerleri ise¹;

R	0,50	0,46	0,42	0,38	0,35	0,32	0,30
Kt/V	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,3	1,4

Üre Azalma Oranı (URR): URR metodu diyaliz dozunu basit bir şekilde ölçebilir. Daha önemlisi yapılan birçok çalışmada URR, hasta yaşam süresiyle ilişkili bulunmuştur. URR'nin hemodiyaliz hastalarının mortalite risklerinin tayininde Kt /V 'ye göre daha iyi veya daha kötü olduğundan söz edilemez. Kolay hesaplanmasına rağmen UF'yi hesaba katmadığı için hemodiyaliz yeterliğinin tayin edilmesinde bazı sınırlamalara sahiptir. Hedeflenen URR değeri Kt/V 1,2 iken %65'tir (33).

Bir hastanın yeterli diyaliz olması için başlangıçta hedeflenen Kt/V değeri 1,2–1,4 olacak şekilde diyalizör seçimi ve süre tespiti yapılır, sonra hedeflenen Kt/V değerinin gerçekleştirilip gerçekleştirilemediği yukarıdaki formüllerden biri ile kontrol edilir ve aylık kontrollerle takip edilir (29).

İlk diyaliz düzenlenmesinde diyalizörün klirensi kan pompası hızına göre fabrikanın verdiği değer %80'i olarak alınır. Ürenin dağılım volümü (V) ise bunu hesaplamaya yönelik ayrıntılı formüller olmakla birlikte, kabaca total vücut suyuna eşit olup, pratik olarak vücut ağırlığının erkeklerde %60'ı, kadınlarda ise %55'i olarak alınır ve Kt/V=1,2–1,4 olacak şekilde süre tayini ve diyalizör seçimi yapılır. Hedeflenen Kt/V değerinin sağlanamaması ve diyalizin yeterli olmadığını anlaşıldığında sebep araştırılır. Bu duruma pompa öncesi negatif basıncın yüksekliği veya kan setindeki venöz basıncın yüksekliği nedeniyle gerçek kan akımının cihazın kan pompasının ayarlandığından daha düşük olması, diyaliz sırasında gelişen semptomlar gibi nedenlerle kan akımının bir süre azaltılması, resirkülasyon, postdializ kan örneği 30 dakika sonra alındıysa rebound üre yükselmesi, diyalizör klirensinin

(KoA) üretim sorunu veya reuse nedeniyle beklenenden düşük olması, hastanın V değerinin hesaplanandan daha yüksek olması gibi sebepler yol açabilir. Kan akım hızı, diyaliz süresinin alarmlarla kesintiye uğrama durumu kontrol edilir. Yeni üretilen diyaliz cihazlarında bu parametreler izlenebilmektedir. Diyaliz bitiminde diyalizörde pıhtılaşma oluşumu kontrol edilir, eğer varsa heparin uygulaması tekrar düzenlenir (29).

Bazende hastanın V değerinin hesaplanandan düşük olması, diyaliz seansı süresinin amaçlanandan uzun olması, çok nadiren diyalizörün beklenenden daha etkin olması, ya da postdiyaliz üre düzeyinin artefakt olarak düşük bulunmasına yol açan nedenlerle (diyaliz sonu üre düzeyi için kan alımının 30 saniye beklenmeden alınması neticesi resirkülasyon etkisiyle veya bu örneğin diyalizör çıkış yolundan alınması gibi) hedeflenenden daha yüksek Kt/V değerine ulaşılmış olabilir (29).

Diyaliz yeterliliğinin değerlendirilmesinde bazı hata kaynakları söz konusu olabilir. Üre kinetik model dahil yapılan hesaplamalarda postdiyaliz kan örneğinin, diyaliz olmuş venöz kan arteriel hatta resirkülasyon yapmadan alınması çok önemlidir. Başka bir hata kaynağı ürenin tek havuz halinde bulunduğu kabul edilmesidir. Aslında diyalizde hücre içi sıvı kompartımanından üre kandaki kadar hızlı çekilemez ve bir gradient oluşarak diyalizin bitiminden sonra 30 dakika içinde kan üresinde bazı hastalarda %30'a varan oranda rebound bir yükselme olur. Bu yüzden diyalizin bitiminden hemen sonra postdiyaliz kan örneği alınması nedeniyle diyaliz etkinliği olduğundan daha fazla hesaplanmaktadır (29).

2.1.5.2. Hemodiyaliz

HD; hastadan alınan kanın bir membran aracılığı ve bir makine yardımı ile sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenmesidir. Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalı (erişkinde genellikle yaklaşık dakikada 200-600 ml) ve bir membran ile makine kullanılmalıdır.

Suda eriyebilen, plazma proteinlerine bağlı olmayan düşük molekül ağırlıklı maddeler HD ile vücuttan uzaklaştırılırlar. Yeterli kan akımının sağlanması için kalıcı veya geçici vasküler giriş yolu sağlanmalıdır. Geçici vasküler giriş yolu sağlamak için günümüzde kullanılan en yaygın yöntem çift lümenli bir kateterin femoral, subklavyen veya internal juguler vene yerleştirilmesidir.

Kalıcı vasküler giriş yolları başlıca iki tanedir;

1.Arteriyovenöz greft

2.Arteriyovenöz fistül: Arter ile ven arasında bir pencere açılmasıdır. Sıklıkla distalden başlayarak önkol ve kol kullanılır. Açılan fistülün olgunlaşp kullanılır hale gelmesi için ortalama 2-3 hafta beklemek gerekir. Yeterli kan dolaşımı sağlanması ve dış ortamda olan setler ile diyalizerde kanın pıhtılaşmaması için sistem içindeki kanın antikoagüle edilmesi gerekebilir. Antikoagülasyon hasta için risk taşıyorsa sistem sık serum fizyolojik ile yıkanarak diyaliz yapılabilir . Diyaliz membranının (diyalizer) bir yüzünde hastanın kanı diğer yüzünde ise makine tarafından hazırlanmış diyalizat bulunur. Diyalizin etkinliğini artırmak amacı ile diyalizat ve kan akımları ters yönlüdür. Membranlar hollow fiber (içi boş kapillerler) veya parallel plate (paralel tabakalar) yapısında olabilirler. Membranların kimyasal içeriği sellülöz, substituted sellülöz, sentetik sellülöz veya sentetik olabilir. Sellülöz membranlar en ucuz membranlardır; ancak diyaliz işlemi esnasındaki bazı yan etkilerden ve diyaliz amiloidozundan sorumlu olabilecekleri düşünülmektedir. Sentetik membranlar daha etkin diyaliz yapılmasına katkıda bulunmaktadır. Bu nedenlerle günümüzde sentetik membranların kullanılması gittikçe yaygınlaşmaktadır. Her diyaliz seansında ayrı diyalizer kullanılmaktadır, aynı diyalizer ile ikinci bir diyaliz yapılmamaktadır. Ancak yeniden kullanım (reuse) uygulaması ile bir diyalizerle birden fazla diyaliz yapmak olanağı vardır (32,33,34).

2.1.5.2.1. Hemodiyalizin Avantajları

- *Atık maddeler vücuttan hızlı ve başarılı bir şekilde uzaklaştırılır.
- *Diyaliz ortamı, hastanın diğer hastalar ile ilişki kurmasını sağlar.
- *Haftada iki veya üç kez uygulanır (hergün değil).
- *Malnütrisyon ile daha az karşılaşılır.
- *Hastaneye yatma gereksinimi daha azdır.
- *Karına ait komplikasyonlarla karşılaşılmaz.

2.1.5.2.2. Hemodiyalizin Dezavantajları

* Diyaliz seansları sırasında sıvı-elektolit veya metabolik değişime bağlı olarak diyaliz sonrası hastanın kendini daha iyi hissetmesi, ancak sonraki seansa kadar yavaş yavaş tekrardan kötüye gitmesi sonucu oluşan rahatsızlık hissi.

- * Tedavi sırasında kullanılan iğneler.
- * Çeşitli sıvı ve gıdaların alınmasındaki kısıtlamalar.

* Fistül için küçük cerrahi bir girişim gereksiniminin olması

2.1.5.2.3. Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları

HD'nin akut komplikasyonları sık rastlanan ve daha az görülen fakat ciddi olan komplikasyonları olarak ikiye ayrılmaktadır. Sık görülen komplikasyonlar; hipotansiyon, kas krampları, huzursuz bacak sendromu, bulantı, kusma, baş ağrısı, göğüs ve sırt ağrısı, kaşıntı, titreme ve ateştir. Daha az saptanan fakat ciddi olan komplikasyonlar ise disequlibrium sendromu, anafilaktik reaksiyonları, ritim bozuklukları, kalp tamponadı, kafa içi kanama, konvülsiyonlar, hemoliz, hava embolisi ve hipoksemidir (22).

2.1.5.2.4. Hemodiyalizde Kronik Komplikasyonlar

HD'nin kronik komplikasyonları; üremi, asetat birikimi, alüminyum toksisitesi, yetersiz diyaliz ya da yetersiz beslenmeye bağlı olarak oluşur.

Hematolojik komplikasyonları; anemi, kanama diatezi, hipokomplementemi, lökopeni ve enfeksiyona eğilimdir.

Kardiovasküler sistem komplikasyonları; Hipertansiyon, sistemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği ve perikardittir.

Gastrointestinal sistem (GİS) komplikasyonları; gastroenterit, GİS kanaması, kabızlık, karaciğer hastalıkları ve asit oluşumudur.

Kas-İskelet sistemi komplikasyonu; üremik kemik hastalığı (renal osteodistrofi)'dir.

Dermatolojik komplikasyonları; üremik kaşıntı ve küçük damarlardaki kalsifikasyonlara bağlı gelişen cilt nekrozlarıdır.

Metabolik ve Endokrin sistem komplikasyonları; hiperlipidemi, endokrin anormallikleri, infertilite ve cinsel fonksiyon bozukluklarıdır.

Nörolojik komplikasyonları; alüminyum nörotoksitesisi ve üremik periferik nöropatidir.

Bunların dışında; enfeksiyonlar (Hepatitler, HIV), fistül komplikasyonları, diyalize bağlı amiloidoz ve psikososyal sorunlar gibi komplikasyonlar da yer almaktadır (25,35,36).

2.2. Öz Yeterlilik Tanımı Ve Değerlendirilmesi

ÖY inancı, Banduranın geliştirdiği ve kişilerin sahip oldukları bilgi ve becerileri etkin biçimde kullanabilmeleri için öncelikle, ilgili alanda kendi yeterliliklerine inanmalarını gerektiğini öne süren, ilkelerinden biri insanların kendisi hakkında düşünme, yargılama ve kendisini ifade etme kapasitesine sahip olmaları olan sosyal öğrenme kuramına dayanır. Bu kuramın temelini oluşturan kavramlardan birini ifade eder (37, 38).

ÖY, kişinin çevresinde olup bitenler üzerinde etkili olabilecek şekilde bir edimi başlatarak sonuca ulaşmaya kadar sürdürebileceğine olan inancı olarak tanımlanmıştır (39). Blazer'e göre; kişilerin motivasyonları, olaylardan etkilenme biçimleri ve hareketleri, gerçek olandan ziyade nelere inandıklarına bağlıdır. Bu durumda, ÖY düzeyinin anlaşılması, kişilerin sahip oldukları yeteneklerle ve bilgilerle neleri yapabileceklerinin belirlenmesine yardım eder. ÖY, kişilerin nasıl hissettiklerini, düşündüklerini, kendilerini motive edebildiklerini ve davranışlarının biçimini belirlemektedir (39).

Bandura, kişilerin bir işi gerçekleştirebilme ve başarılı olmasına ilişkin farklı beklentilerinin olabileceğinin üzerine yoğunlaşmıştır. Yeterlik inançları, ÖY beklentisi ve sonuç beklentisi olmak üzere iki farklı yapıdan oluşmuştur. ÖY beklentisi, kişilerin verilen bir görevin oluşmasına yönelik yetenekleriyle ilişkili inançlarını kapsarken, sonuç beklentisi ise kişilerin davranış biçimlerinin sonuçları ile ilgili yargılarını içerisinde barındırır. Bu yargılar hangi davranışının hangi sonuçlara yol açabileceğine ilişkin kişinin algısını kapsar (40).

ÖY inancını oluşturan dört farklı temel kaynak bulunmaktadır. Bu kaynaklar kişilerin kendi öğrenme tecrübeleriyle kazandığı bilgiler, başkalarının başarılı olduğu ya da başarısız oldukları uygulamalarıyla ilişkili gözlemler, başarılı olabileceğine ya da başarılı olamayacağına ilişkin toplumun etkisi ve görevi başarabilme ya da başaramama beklentisiyle ilişkili psikolojik durumdur. Görevin gerekliliklerini başarılı olarak tamamlayıp tamamlayamayacağını destekleyen gerçek kanıt sağladığı için kişilerin kendi öğrenme deneyimleri ile sahip olduğu bilgiler en etkin kaynak olarak değerlendirilir. Başarılı oldukları deneyimleri ÖY'yi geliştirmeye yönelik kullanılır (39).

Başka bireylerin başarılı ya da başarısız uygulamalarıyla ilişkili deneyimler, özellikler insanların kendi potansiyellerinden şüphe duyduğu durumlarda ÖY duygusunu doğrudan ya da kuvvetli şekilde etkileyebilir. Toplum tarafından sarf edilen iyi ya da kötü yorumlar ve geri bildirimler de ÖY'yi etkiler. Ruhsal sorunlar ve taşıkardi, fazla terleme, sinirlilik, yorgunluk ve kaygı gibi ruhsal problemler ÖY'yi etkileyebilir (41).

Kazalar, kayıplar, boşanma, hastalık benzeri kritik olayların sonucu olan psikolojik krizler kişilik gelişiminde, psikososyal fonksiyonlarda ve iyi olma halinde daha çok etkiye sahiptir. Anksiyöz ve fobik bozukluklar olumsuz yönde etkileyen en yaygın görülen psikolojik bozukluklardır. Birçok kişi utangaçlık olarak bilinen sosyal anksiyete sorunu yaşamıştır. Sosyal kaygı yaşayanların aşırı bir biçimde diğer insanların onların hakkında ne düşündükleriyle ilgili düşünme eğilimindedir. Sonuçta yapılabilecek birçok sosyal aktiviteden kaçınırlar, kendilerini isteksizce ifade ederler ve sosyal etkileşimlerde bulunurken çok rahatsız hissederler. Sosyal kaygısı olanların sosyal yeterliliklerinin olamayacağını düşünürler (40). Fakat ÖY inancı yüksek olan insanlar çevresel isteklere ve kontrol edilebilmesi zor olaylara karşı kendi potansiyellerine daha çok güvenirlir (42).

Bireyler verilen bir işi başarmak için gerekli olan yeteneğin ve denetim gücünün kendilerinde olabileceğine inanırlarsa, görevi tercih etmek için daha istekli olabilirler, kararlılıklarını ve gerekli olan davranışları ortaya koyabilirler (43,44).

ÖY inancı, insanların düşünce tarzlarına ve duygusal tepkilerine de etki edebilmektedir. ÖY'si daha yüksek olan kişiler, zorluk seviyesi yüksek olan görevleri yapması gerektiğinde daha rahat ve verimli çalışabilirler. ÖY'si düşük olan kişiler ise yapacakları görevlerin olduğundan daha zor olduğunu düşünürler. Böyle bir düşünce; kaygıyı ve stresi yükseltirken; bireyin perspektifini daraltır. Ek olarak ÖY, kişilerin kendilerine daha zor ve daha gerçekçi hedef seçebilmelerini ve bu hedeflere daha çok bağlılık göstermelerini sağlarlar. Bu durum kişilerin bireysel performanslarını olumlu yönde etkilemektedir (45-48).

Bandura'ya göre ÖY, insanların sıkıntılı durumlarla nasıl başa çıkabileceğine karar vererek ruhsal durumunun üzerinde pozitif etkiye sahiptir. Yüksek ÖY' ye sahip olan kişiler uygun mücadele yollarını tercih ederler ve daha az ruhsal problem yaşarlar (49).

HD, kişilerde fiziksel yetersizlik, tedavi ekibine ve makineye bağımlı yaşıyor olmanın sonucu olarak, aile içindeki rollerinin değişimi, sınırlanmış çalışma hayatı ve sosyal ilişkileri, iç çatışmalar, seksüel fonksiyonlarda bozulmalar, bitkinlik, beden imgesinde değişme, sıvı kısıtlaması ve sınırlandırılmış diyet, sürekli gelecek korkusu ve yaşam süresinin kısa olması nedeni ile psikososyal problemlere sebep olmaktadır (50).

ÖY inancı literatürde pekçok farklı şekilde : yazma ÖY' si, akademik ÖY, genel ÖY gibi ele alınabilmektedir (51,52). Bu araştırmada genel ÖY, yani "kişinin her durumda karşılaşılabileceği bir dizi stresli durumla baş etmede, değişmesi güç bir yetkinliğine olan inancı" ele alınacaktır. Bahsedilen tercihin temel sebebi, bireylerin her alanda karşılarına çıkabilecek sorunlarla baş edebileceklerine inanıyor olmalarının, toplumsal katılımlarına olumlu şekilde etki edebileceği fikrine dayanmaktadır.

ÖY düzeyi değerlendirilirken kullanılabilir ölçekler vardır. Bunlardan biri Sherer ve arkadaşları tarafından 1982 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği 1999 yılında Gözüm ve Aksayan tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81, test tekrar test güvenilirliği 0.92 olarak bulunan Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği (ÖEYÖ) dir (53,54). Ayrıca Yıldırım ve İlhan, 2010 yılında Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilen Genel ÖY Ölçeği'ni düzenleyerek Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapmışlardır (55).

2.3 Sosyal Destek

2.3.1 Sosyal Destek Tanımı

Literatürde SD'nin tanımı konusunda görüş farklılığı olduğundan dolayı farklı araştırmacılar farklı tanımlar yapmışlardır. Sarason ve arkadaşları(1983), SD'nin kişinin başkaları tarafından ne kadar sevildiğine sayıldığına ilişkili bir kavram olduğunu söylerlerken, en kapsamlı tanımı yapan Cobb(1976) SD'nin bireyin :

- a) ilgilendiğine, sevildiğine
- b) değerli olduğuna
- c) karşılıklı iletişim ve zorunluluklar ağının bir parçası olduğuna inanmasını sağlayan bir bilgi olduğunu ifade etmiştir .

Galagher ve arkadaşlarına (1983) göre SD bireylerin yaşamlarında bir krizin ve bir farklılığın negatif sonucunu azaltabilecek bir çaredir. Kaplan ve kilhlea (1976) ise SD'i kısa süreli krizlerin ve yaşam geçişlerinin, uzun dönemli güçlüklerin, streslerin ve yoksunlukların üstesinden gelmek için uyumsal yeterliliği ilerletmeye yönelik hizmet veren kişiler veya gruplar arasındaki bağılıklar olarak söylemişlerdir (56).

2.3.2 Sosyal Destek Hemodiyaliz İlişkisi

Türk Nefroloji Derneği 2009 verilerine göre ülkemizde en sık kullanılan RRT yöntemi HD'dir (57). Diyaliz uygulamaları nedeniyle hastalar haftada 3-4 gün, 4- 6 saat süreyle, hem diyaliz makinasına, hem sağlık personeline hem de ailelerine bağımlı hale gelmektedirler. Diyet programları ile sıvı ve gıda alımları önemli ölçüde kısıtlanmaktadır. KBY hastalarında gerek hastalığın kendisi gerekse kullanılan tedavi yöntemlerinin birçok psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açtığı uzun yıllardır bilinmektedir. Öyle ki Levy

1978'de, böbrek hastalarındaki psikiyatrik belirtilere atfen 'psikonefroloji' terimini ortaya atmıştır (58).

Uzun süreli HD, hastaları ölümden kurtarıp yaşama devam etmelerini sağlayan bir yöntem olmakla beraber, ağır fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik problemleride beraberinde getirmektedir. Yöntemin özelliği sebebiyle, hastalar genellikle başka şeylere bağımlı konumdadırlar. Devamlı kendileri haricinde birtakım gereçlere ve insanlara bağlı olma durumu bu hastalarda çeşitli zorluklar ortaya çıkartmakta ve bağımlılık problemlerini arttırmaktadır. Tedavinin ötelenmesinin ya da ara verilmesinin neredeyse mümkün olmaması, diyet uygulanması zorunluluğu, haftada iki üç defa tedavi seansına girerek ve sınırlayıcı bir diyeti sürdürerek kişiye hastalığı sürekli hatırlatmaktadır (59).

Tıbbi ve ruhsal problemlerin iç içe yaşandığı, birlikte görüldüğü hastalarda hastayı hem bedensel hem de ruhsal olarak ve ailesi ile birlikte ele almanın ve bu temel konular üzerinde konuşmanın tedavi edici, tedaviyi kolaylaştırıcı etkisi olduğu bilinen bir gerçektir. Yapılan birçok araştırmada, HD'ye giren hastalarda depresyon ve anksiyete başta olmak üzere uyum güçlüğü ve psikolojik sorunlar benzeri birçok ruhsal bozuklukların belirlendiği gösterilmiştir (60-62). Bütün bu problemler hastanın tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkilemekte ve hastanın yaşam kalitesini bozmaktadır (63).

Hastalarda sağlık personelleri ile işbirliğinin bırakılması, tıbbi girişimleri önleme, diyetle uyum göstermeme, ilaçları düzenli almama, diyaliz seanslarına düzenli gelmeme, bazen sağlık personellerine sözel ya da fiziksel saldırı gibi çatışmalar meydana gelmektedir. Bu durumda hastanın ailesi ve sağlık personelleri hasta kişinin yaşadığı problemlerle baş etmesinde en önemli destek sağlayıcılarıdır. pozitif aile ve sağlık personelleri ilişkileri kişiyi güçlendirerek hastalığa uyumu sağlanmasında önemlidir. Hastalık halinin düzeltilmesinde hasta-doktor-hemşire ve aile arasındaki birlik ve beraberlik kaçınılmaz bir ilkedir (64,65).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada Dicle Üniversitesi Hastanesi'nde takip ve tedavisi uygulanan 90 hemodiyaliz hastasından çalışmamızın kriterlerine uygun 51 hasta ve bu hastalara ek olarak kontrol grubu oluşturmak amacıyla 102 sağlıklı birey incelenmiştir. Araştırma; hastaların bilgilendirilmiş gönüllü onam formlarını okuyup onaylamalarının ardından gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızın Etik Kurul onayı Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 08.09.2017 Tarih ve 180 sayı ile alınmıştır.

3.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler; 01.09.2017-01.11.2017 tarihleri arasında toplanmış olup, anket formu; sosyodemografik özellikler, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)'indeki sorulardan oluşmaktadır.

3.1.1. Sosyodemografik Veri Formu

Hemodiyaliz hastalarına uygulanan anket formunda, sosyodemografik özellikleri içeren :yaş, cinsiyet,medeni durum, eğitim durumu,yaşam alanı, meslek , aylık gelir,diyaliz süresi, beraber yaşam ,sigara-alkol kullanımı ve KBY dışında ek hastalık soruları yer almaktadır (Ek 1).

Sağlıklı bireyler için uygulanan anket formunda sosyo-demografik özellikleri içeren : yaş, cinsiyet,medeni durum, eğitim durumu,yaşam alanı, meslek , aylık gelir ,beraber yaşam ,sigara ve alkol kullanımı soruları yer almaktadır. kontrol grubuna uygulanan sosyodemografik özellikler formunda diyaliz tedavisi ve süresi ile ilgili sorular sorulmamıştır (Ek 1).

3.1.2. Genel Öz Yeterlilik Ölçeği

GÖYÖ: hem hasta hem de sağlıklı popülasyonda uygulanmıştır. Ölçeğin, 23 maddelik özgün formu Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilmiştir. Özgün ölçek

Genel ÖY (açıklanan varyans %26,5, Cronbach alfa=0,86) ve Sosyal ÖY (açıklanan varyans %8,5, Cronbach alfa=0,71) olmak üzere iki faktörlü bir oluşum ortaya konulmuştur. Birinci faktöre yüklenen maddeler özgül bir davranış alanına işaret etmediği için bu faktöre “Genel Öz yeterlilik” başlığının uygun görüldüğü belirtilmiştir. Sosyal ÖY faktörü ise sosyal durumlardaki yeterlilik beklentilerini yansıtmaktadır. Özgün haliyle 14 dereceli olan ölçeğin sonraki hali beş dereceli Likert tipi bir ölçeğe çevrilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin “Sizi ne kadar tanımlıyor?” sorusuna beş dereceli olarak “hiç” ve “çok iyi” yanıtları arasında değişen yanıtların verilebildiği likert formatındaki hali kullanılmıştır. Her sorunun puanı 1-5 arasında değişmektedir. Ölçekteki 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16 ve 17. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek toplam puanı 17-85 arasında değişebilmektedir; puanın artması ÖY inancının arttığını göstermektedir (53).

Yıldırım ve İlhan 17 maddelik GÖYÖ'nün Türkçeye uyarlama çalışmalarında; tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa= 0,80) ve toplam 236 kişiden elde edilen veriler üzerinden elde edilen test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,69 olarak bulunmuştur. GÖYÖ-Türkçe formu 18 yaş üstü kişilerin genel ÖY ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğu tespit edilmiştir (Ek 2)(55).

3.1.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ):

Ölçeğin orijinali Amerika Birleşik Devletleri'nde Zimmet ve arkadaşları tarafından 1988 senesinde oluşturulmuştur. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eker ve Arkar tarafından yapıлып yapı geçerliliği değerlendirilmiştir. Sonrasında Eker ve Arkar, ölçeğin yapı geçerliliğini başka bir sosyal destek ölçeği, bir tarama listesi, bir umutsuzluk ölçeği ve bir yalnızlık ölçeği ile beraber değerlendirmiştir. ÇBASDÖ kullanımı kolay, kısa bir ölçektir. Önerilen alt ölçek yapısı; aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan desteği bulundurmaktadır. Faktör analizi bu önerilen yapıyı çeşitli örneklerde desteklemiştir. Ölçeğin ve alt ölçeklerin iç tutarlılığı ve test-tekrar test korelasyonları yeterlidir. Aile alt boyutu için Cronbach alfa=0,85, arkadaşlar için 0,88, özel bir insan için 0,92 olarak bulunmuştur Geçerlik açısından, ÇBASDÖ başka bir SD ölçeği ve bir benlik kavramı ölçeği ile olumlu yönde ve depresyon ve anksiyete ölçekleriyle olumsuz yönde korelasyon göstermiştir. Ölçek üç farklı kaynaktan alınan SD'nin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmekte ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grup vardır: Aile (3,4,8,11. maddeler), arkadaşlar (6,7,9,12.

maddeler) ve özel bir insandır (1,2,5,10. maddeler). Ölçek, yedili likert tipinde olup, ‘tamamen katılıyorum’ (7 puan), ‘çoğunlukla katılıyorum’ (6 puan), ‘katılıyorum’ (5 puan), ‘kararsızım’ (4 puan), ‘katılmıyorum’ (3 puan), ‘çoğunlukla katılmıyorum’ (2 puan) ve ‘hiç katılmıyorum’ (1 puan) seçeneklerinden oluşmaktadır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan SD’nin yüksek olduğunu göstermektedir (Ek 3).

3.1.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri(Hasta Grubu)

- 1- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- 2- Soruların tamamını cevaplayabilecek yeterlilikte olmak,
- 3- İletişim kurabilmek,
- 4- HD tedavisi alıyor olmak

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri(Kontrol Grubu)

- 1- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- 2- Genel olarak soruların tamamını anlayıp cevaplayabilecek ruhsal ve fiziksel yeterlilikte olmak,
- 3- İletişim kurabilmek,
- 4- Herhangi bir kronik hastalık tanısı almamış olmak

3.1.5. Araştırma Dışı Bırakılma Kriterleri(Hasta ve Kontrol Grubu)

- 1- 18 yaş altında olan hastalar,
- 2- Soruları cevaplayamayacak kadar ciddi mental retardasyonları olanlar,
- 3- Psikoz gibi gerçeği değerlendirme yetisi düşük olanlar,
- 4- Formları eksik kalan hastalar.

3.2. İstatistiksel Analiz

Çalışma istatistiksel analizi Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Bilim Dalı tarafından yapılmıştır

- Analizler için SPSS 24.0 istatistik paket programı kullanıldı.
- Ölçümsel değişkenler ortalama \pm standart sapma (ss) ile,
- Kategorik değişkenler ise; sayı ve yüzde (%) ile sunuldu.
- Verilerin normal dağılıp dağılmadığına Kolmogorov-Smirnov testiyle bakıldı.
- Normal dağılım gösteren veriler için parametrik testler, normal dağılım göstermeyen veriler için ise Non-parametrik testler kullanıldı
- Parametrik testlerde iki bağımsız grubun ortalamalarını karşılaştırmada Student's t testi kullanıldı.
- Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı.
- İki'den fazla bağımsız grubun verilerinin karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi kullanıldı.
- Varyans analiz sonucuna göre grupların kendi aralarında çoklu karşılaştırmalarında Tukey HSD testi kullanıldı
- p değerinin 0,05' ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Dicle Üniversitesi Hastanesi'nde takip ve tedavisi uygulanan 51 HD hasta grubu ve buna ek olarak toplam 102 sağlıklı bireyden kontrol grubu oluşturuldu.

HD olan grubun (51) yaş ortalaması $46,65 \pm 15,84$ olarak görüldü. Toplam 51 hastadan 29 (%56,8)'u kadın, 22 (%43,2)'si erkekti. 32 (%62,7)'si hasta evli, 12 (%23,5)'si hasta bekar geri kalanı 7 (%13,8)'si dul ya da boşanmış idi. Kontrol grubundaki 102 bireyin yaş ortalaması $42,20 \pm 13,57$ olarak görüldü. Kontrol grubunun 52 (%50,9)'si kadın, 50 (49,1)'si erkekti, 75 (%73,5)'i evli, 20 (%19,6)'si bekar geri kalanı (%6,9) dul ya da boşanmış idi.

Yukarıda bahsi geçen sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında hasta ve kontrol grupları benzer bulundu ($p > 0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik bazı özelliklerine göre sayı ve yüzdeleri

	HASTA		KONTROL		p
Yaş (Ort±Ss)	46,65±15,84 (n=51)		42,20±13,57 (n=102)		0.157
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	
Cinsiyet					
Kadın	29	56,8	52	50,9	0,267
Erkek	22	43,2	50	49,1	
Medeni Durum					
Evli	32	62,7	75	73,5	0,491
Bekar	12	23,5	20	19,6	
Dul+Boşanmış	7	13,8	7	6,9	

HD grubunda olan 51 hastadan 30 (%58,8)'u okuryazar değildi, geri kalan 21 (41,2)'i ilkokul ve üzeri eğitim seviyesine sahipti. Hastaların 39(%76,5)'u il merkezde yaşıyorken 12 (%23,5)'si ilçe ya da köy yaşıyordu. Hastaların 47 (%92,2)'si herhangi bir işte çalışmıyorken 4 (%7,8)'ü çalışıyordu. Hastaların 23 (%45,1)'ü 1000 TL ve altı gelire sahip, 23 (45,1)'ü 1001-2000 TL arası geliri ve 5 (%9,8)'i 2001 TL ve üzeri geliri vardı. 51 hastanın 34 (%66,7)'ü eş ya da çocuklarıyla, 11 (21,6)'i Anne-Baba ya da kardeşleriyle, 4 (7,8)'ü Anne-Baba ya da kardeşleri ve eş ya da çocuklarıyla yaşıyorken 2 (%3,9)'si birinciden yakınıyla yaşamıyordu. Hastalar arasında evde yalnız yaşayan yoktu. Hastaların 13 (%25,5)'ü sigara kullanıyordu 38 (%74,5)'i sigara kullanmıyordu. 51 HD tedavisi gören hasta grubunda hiç kimse alkol kullanmıyordu (Tablo 5).

Kontrol grubunda ise 102 sağlıklı bireyin 25 (%24,5)'i okuryazar değilken 77 (%75,5)'si ilkokul ve üzeri eğitim seviyesine sahipti. Kontrol grubundaki kişilerin 86 (%84,3)'sı il merkezde yaşıyorken 16 (%15,7)'sı ilçe ya da köyde yaşamaktaydı. Sağlıklı bireylerin 16 (%15,7)'sı 1000 TL ve altı, 12 (%11,8)'si 1001-2000 TL arası geliri varken 74 (%72,5)'ü 2001 TL ve üzeri geliri vardı. Sağlıklı bireylerin 4 (%3,9)'ü yalnız yaşıyor, 75 (%73,5)'i eş ya da çocuklarıyla, 18 (%17,6)'i anne-baba ya da kardeşleriyle, 7 (%4,6)'si Anne-Baba ya da kardeşleri ve eş ya da çocuklarıyla yaşıyorken 2 (%2)'si birinciden yakınıyla yaşamıyordu. Sağlıklı bireylerin 28 (%27,5)'i sigara kullanıyordu 74 (%72,5)'ü sigara kullanmıyordu. Sağlıklı bireylerin 9 (%8,8)'u alkol kullanıyordu 93 (91,2)'ü alkol kullanmıyordu. Hasta ve Kontrol grubunda yaşadığı yer kıyaslandığında anlamlı fark yoktu ($p=0,139$). Gruplar arası sigara kullanımında aralarında fark görülmedi ($p=0,796$). Hasta ve kontrol grubu arasında beraber yaşadığı kişiler benzer görüldü ($p=0,059$) (Tablo 5).

Kontrol grubundaki ilkokul ve üzeri eğitim düzeyinde olan kişilerin sayısı hasta grubundan anlamlı olarak daha fazla bulundu ($p=0,001$). Kontrol grubundaki çalışan kişilerin sayısı hasta grubundaki çalışan kişilerin sayısından anlamlı olarak daha fazla idi ($p=0,001$). Aylık gelir kıyaslandığında kontrol grubunda olan kişilerin aylık geliri anlamlı olarak hasta grubundan daha fazla idi ($p=0,001$). Hasta grubunda alkol kullanımı hiç görülmezken kontrol grubunda alkol kullanımı anlamlı olarak daha fazla idi ($p=0,029$) (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

	HASTA		KONTROL		P
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	
Eğitim Durumu					
Okuryazar değil	30	58,8	25	24,5	**0,001
İlkokul ve üzeri	21	41,2	77	75,5	
Yaşadığı Yer					
İl	39	76,5	86	84,3	0,139
İlçe ya da köy	12	23,5	16	15,7	
İş					
Evet	47	92,2	44	43,1	**0,001
Hayır	4	7,8	58	56,9	
Aylık Gelir					
0-1000 TL	23	45,1	16	15,7	**0,001
1001-2000 TL	23	45,1	12	11,8	
2001 TL ve üzeri	5	9,8	74	72,5	
Berber yaşam					
Yalnız	0	0	4	3,9	0,059
Eş ve Çocuk	34	66,7	75	73,5	
Anne, Baba ve Kardeş	11	21,6	18	17,6	
Eş ya da Çocuk ve Anne- Baba ya da Kardeş	4	7,8	7	4,6	
Diğer	2	3,9	2	2,0	
Sigara Kullanımı					
Evet	13	25,5	28	27,5	0,796
Hayır	38	74,5	74	72,5	
Alkol Kullanımı					
Evet	0	0	9	8,8	0,029
Hayır	51	100	93	91,2	

* İkili değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılığı p değeriyle ifade edildi.

**p<0,05 ise anlamlı fark vardır

HD tedavisi gören hastaların ölçeklerden aldıkları puanların ortalaması sırasıyla; ÖY puan ortalaması $48,45 \pm 13,42$, SD ölçeğinin arkadaşlar alt boyutu (SDark) ile ilgili sorularına verilen cevaplardan aldığı puan ortalaması $13,77 \pm 7,30$, SD ölçeğinin özel insanlar ile ilgili sorularına verilen cevaplardan aldığı puan ortalaması $14,00 \pm 7,46$, SD ölçeğinin aile ile ilgili sorularına verilen cevaplardan aldığı puan ortalaması $22,08 \pm 6,33$ şeklinde görüldü. Kontrol grubunda yer alan kişilerin ölçeklerden aldıkları puanlar; ÖY puan ortalaması $62,31 \pm 10,56$ idi, SDark puan ortalaması $22,33 \pm 5,41$, SD özel insan alt boyutu (SDözel) puan ortalaması $21,74 \pm 6,05$, SD aile alt boyutu (SDaile) puan ortalaması ise $22,04 \pm 4,76$ şeklinde görüldü.

Hasta ve kontrol grubunun ölçeklerden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında: Hasta grubunun ÖY ölçeğinden aldığı puan ortalaması Kontrol grubunun ÖY ölçeğinden aldığı puan ortalamasından istatistiksel olarak daha düşük bulundu ($p=0,001$, $t= -6,976$). Hasta grubunun SD ölçeğinin arkadaşlarla ilgili bölümünden aldığı puan ortalaması kontrol grubundan istatistiksel olarak daha düşük bulundu ($p=0,001$, $t= -7,470$), aynı ölçeğin özel insanlar bölümünden aldığı puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak hasta olan grubun ortalaması daha düşük bulundu ($p=0,001$, $t= -6,419$), aynı ölçeğin aile ilgili bölümünden aldığı puan ortalaması karşılaştırıldığında hasta ve kontrol grubunun arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p=0,054$). Bahsedilen tüm istatistiksel veriler Tablo 6' da gösterilmiştir.

Tablo 6. Hasta ve Kontrol grubunun ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları ve karşılaştırılması

Puan Türü	HASTA		KONTROL		p	t
	Sayı(n)	ort±ss	Sayı(n)	ort±ss		
ÖY	51	$48,45 \pm 13,42$	102	$62,31 \pm 10,56$	0,001	-6,976
SDark		$13,71 \pm 7,30$		$22,33 \pm 5,41$	0,001	-7,470
SDözel		$14,00 \pm 7,46$		$21,74 \pm 6,05$	0,001	-6,419
SDaile		$22,08 \pm 6,33$		$22,04 \pm 4,76$	0,054	-1,952

* $p < 0,05$ ise anlamlı fark vardır

HD hastaları yaşlarına göre üç kategoriye ayrıldı. Kategorilerden 18-34 yaş arasında olanların sayısı 15 (%29,4), 35-64 arası olanların sayısı 29 (%56,8) ve 65 yaş üzeri olanların sayısı 7 (%13,7) idi. HD hasta grubunda ÖY ölçeğinden aldığı puan ortalamaları 18-34 yaş aralığında olanların 57,33±9,47, 35-64 yaş aralığında olanların 47,17± 12,35 iken 65 yaş üzeri olanların 34,71±12,41 olarak bulundu. HD hastalarında yaşın ÖY üzerine etkisi incelendiğinde 18-34 yaş aralığında olanların hem 35-64 (p=0,022) yaş aralığında olanlardan hem de 65 (0,001) yaş üzeri olan hasta grubundan istatistiksel olarak yüksek bulundu. 35-64 arası yaş grubunda olanların ÖY'si 65 yaş üzeri olanlardan istatistiksel olarak yüksek bulundu (p=0,037). HD hasta grubunda SD ölçeğinin aile ile ilgili bölümünden aldığı puan ortalaması 18-34 yaş aralığında 21,87±5,37, 35-64 yaş aralığında 21,83±7,00, 65 yaş üstünde ise 23,57±5,94 idi. HD hasta grubunun tüm yaş gruplarında SD ölçeğinin aile, arkadaşlar ve özel insanlar ile ilgili aldığı tüm puanlar istatistiksel olarak benzer bulundu (p>0,05)

Yukarıda bahsedilen tüm istatistiksel parametreler Tablo 7 ve Tablo 8 de gösterilmiştir.

Tablo 7. HD hasta grubunun yaş a göre ölçeklerden aldığı puanlar

			ÖY		SDaile		SDark		SDözel	
Yaş	n	%	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
18-34	15	29,4	57,33±9,47	0,001	21,87±5,37	0,804	16,20±6,92	0,274	15,07±7,79	0,807
35-64	29	56,8	47,17±12,35		21,83±7,00		12,90±7,25		13,62±7,25	
65+	7	13,8	34,71±12,41		23,57±5,94		11,71±7,99		13,29±8,53	

*p<0,05 ise anlamlı fark vardır

Tablo 8. HD hasta grubunun Öz Yeterlilik ölçeğine göre istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar

Yaş grup	Yaş grup(K)	T	p
18-34	35-64	+10,161	0,022
18-34	65+	+22,619	0,001
35-64	65+	+12,458	0,037

*p<0,05 ise anlamlı fark vardır

** t değeri pozitifliği ilk yaş grubun ikincisinden istatistiksel olarak ÖY yüksekliğini gösterir.

HD hasta grubunda cinsiyete göre kadınların ÖY ortalaması $50,28 \pm 14,692$, erkeklerin ise $46,05 \pm 11,420$ idi. SD ortalamalarına bakıldığında aile ile ilgili sorularda kadınların ortalaması $21,93 \pm 6,425$, SD arkadaşlar ile ilgili sorularda ortalaması $13,48 \pm 6,983$ ve SD özel insanlar ile ilgili sorularda ortalaması $14,21 \pm 6,726$ bulundu. Erkeklerde ise aile puan ortalaması $22,27 \pm 6,356$, arkadaşlar puan ortalaması $14,00 \pm 7,868$ ve özel insanlar puan ortalaması $13,73 \pm 8,503$ bulundu. HD hasta grubunda eğitim seviyesine göre okur-yazar olmayanların ÖY ortalaması $44,00 \pm 14,345$, ilkokul eğitim seviyesinde olanların ortalaması $53,82 \pm 7,222$, ortaokul eğitim seviyesinde olanların ortalaması $56,60 \pm 12,602$, lise eğitim seviyesine olanların ortalaması $54,50 \pm 11,561$ ve üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde olan 1 hasta vardır, ÖY ortalaması $58,00$ idi. Hasta grubunda eğitim seviyesine göre SD aile ortalaması okur yazar olmayanlarda $22,57 \pm 6,595$, ilkokul eğitim seviyesinde olanlarda $22,27 \pm 6,018$, ortaokul eğitim seviyesinde olanlarda $22,40 \pm 6,107$, ortaokul eğitim seviyesinde olanlarda $19,25 \pm 6,898$, lise eğitim seviyesinde ise $19,25 \pm 6,898$ ve üniversite düzeyinde olan hastanın ortalaması $15,00$ idi. SD arkadaşlar puan ortalamaları okur yazar olmayanlarda $12,40 \pm 6,532$, ilkokul eğitim seviyesinde olanlarda $12,82 \pm 7,040$, ortaokul eğitim seviyesinde olanlarda $16,40 \pm 10,526$, lise eğitim seviyesinde olanlarda $22,75 \pm 4,787$ ve üniversite eğitim düzeyinde olan hastada ise $13,00$ idi. SD özel insanlar puan ortalamaları okur yazar olmayanlarda $14,63 \pm 7,266$, ilkokul eğitim seviyesinde olanlarda $10,64 \pm 5,870$, ortaokul eğitim seviyesinde olanlarda $16,00 \pm 10,124$, lise eğitim seviyesinde olanlarda $15,75 \pm 10,532$ ve üniversite seviyesinde olan hastada ise $15,00$ bulundu.

HD hasta grubunda cinsiyetin ÖY üzerine etkisi incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p=0,392$). SD üzerine etkisi incelendiğinde SDaile ($p=0,544$), SDark ($p=0,377$) ve SDözel ($p=0,05$) puanlarında istatistiksel olarak benzer bulundu. Hasta grubunda eğitim durumunun ÖY ve SD üzerine etkisi incelendiğinde, tüm grupların ÖY ve SD puanları istatistiksel olarak benzer bulundu ($p>0,05$).

Bahsi geçen istatistiksel veriler tablo 9 da gösterilmiştir.

Tablo 9. HD hasta grubunun cinsiyet ve eğitim durumuna göre ölçeklerden aldığı puan ortalamaları ve birbiriyle ilişkisi

			ÖY		SDaile		SDark		SDözel	
Cinsiyet	n	%	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
Kadın	29	56,8	50,28 ±14,6 92	0,392	21,93 ± 6,425	0,544	13,48± 6,983	0,377	14,21± 6,726	0,05
Erkek	22	43,2	46,05 ±11,4 20		22,27 ± 6,356		14,00± 7,868		13,73± 8,503	
Eğitim Durumu										
Oyd	30	55,8	44± 14,34	0,077	22,57 ± 6,595	0,706	12,40± 6,532	0,087	14,63± 7,266	0,566
İlk	11	21,5	53,82 ± 7,222		22,27 ± 6,018		12,82± 7,040		10,64± 5,870	
Orta	5	9,8	56,60 ± 12,60		22,40 ± 6,107		16,40± 10,526		16,00± 10,124	
Lise	4	7,9	54,50 ± 11,56		19,25 ± 6,898		22,75± 4,787		15,75± 10,532	
Üniv	1	2,0	58,00		15,00		13,00		15,00	

*p<0,05 ise anlamlı fark vardır

HD hasta grubunda yaşadığı yere göre il merkezde yaşayanların ÖY ortalaması 49,05±13,532, ilçe de yaşayanların ÖY ortalaması 45,00±7,071 ve köyde yaşayanların ÖY ortalaması 46,80±14,658 idi. SDaile ortalamaları il merkezde yaşayanların 21,33±6,627, ilçede yaşayanların 28,00 ve köyde yaşayanların 23,80±4,894 idi. SDark ortalamaları il merkezde yaşayanların 13,36±7,70, ilçede yaşayanların 14,00±11,314 ve köyde yaşayanların 15,00±5,437 idi. SDözel ortalamaları il merkezde yaşayanların 13,77±7,869, ilçede yaşayanların 16,50±13,435 ve köyde yaşayanların ortalamaları 14,40±5,147 olarak bulundu.

HD hasta grubunda yaşadığı yerin ÖY üzerine etkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (p=0,688), SD üzerine etkisi incelendiğinde ise Aile(0,223),

Arkadaşlar(0,823) ve Özel insanlar(0,870) ile ilgili bölümlerde alınan puanlar istatistiksel olarak benzer bulundu.

HD hasta grubunda çalışanların ÖY ortalaması $52,50 \pm 13,626$ iken çalışmayanların ÖY ortalaması $48,11 \pm 13,496$ olarak bulundu. SDAile ortalamaları çalışanlarda $17,75 \pm 9,845$ iken çalışmayanlarda $22,45 \pm 5,959$ idi. SDark ortalamaları çalışanlarda $15,75 \pm 7,632$ iken çalışmayanlarda $13,53 \pm 7,336$ idi. SDözel ortalamaları çalışanlarda $16,50 \pm 6,245$ iken çalışmayanlarda $13,79 \pm 7,581$ bulundu.

HD hasta grubunda çalışmanın ÖY üzerine etkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı benzer bulundu ($0,955$), çalışmanın SD üzerine etkisi incelendiğinde tüm alt gruplarda istatistiksel olarak bulundu ($p > 0,05$).

HD hasta grubunda aylık gelire göre ÖY ortalaması 1000 TL ve altında geliri olanların $45,35 \pm 14,202$, 1001-2000 TL arasında olanların $50,48 \pm 13,436$ ve 2001 TL ve üzerinde olanların ise $53,40 \pm 6,652$ bulundu. SDAile ortalamalarına bakıldığında 1000 TL ve altında geliri olanların $21,70 \pm 6,964$, 1001-2000 TL arasında olanların $22,78 \pm 5,916$ ve 2001 TL ve üzerinde aylık geliri olanların ise $20,60 \pm 5,888$ bulundu. SDark ortalamalarına bakıldığında 1000 TL ve altında geliri olanların $12,43 \pm 6,815$, 1001-2000 TL arasında olanların $15,39 \pm 7,919$ ve 2001 TL ve üzerinde aylık geliri olanların ise $11,80 \pm 6,952$ bulundu. SDözel ortalamalarına bakıldığında 1000 TL ve altında geliri olanların $13,04 \pm 7,517$, 1001-2000 TL arasında olanların $15,74 \pm 7,706$ ve 2001 TL ve üzerinde aylık geliri olanların ise $10,40 \pm 4,349$ bulundu.

HD hasta grubunda aylık gelirin ÖY üzerine etkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p = 0,472$), SD üzerine etkisi incelendiğinde ise Aile($0,668$), Arkadaşlar($0,526$) ve Özel insanlar($0,361$) ile ilgili bölümlerde alınan puanlar istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

Yukarıda belirtilen istatistiksel veriler Tablo 10 da gösterilmiştir.

Tablo 10. HD hasta grubunun yaşadığı yer, çalışma durumu ve aylık gelir durumuna göre ölçeklerden aldığı puan ortalamaları ve birbiriyle ilişkisi

			ÖY		SDaile		SDark		SDözel	
Yaşadığı Yer	n(Sayı)	%(Yüzde)	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
İl	39	76,4	49,05± 13,532	0,840	21,33± 6,627	0,223	13,36±7,700	0,823	13,77± 7,869	0,870
İlçe	2	3,9	45,00± 7,071		28,00± 0,00		14,00±11,314		16,50± 13,435	
Köy	10	19,7	46,80±1 4,658		23,80± 4,894		15,00±5,437		14,40± 5,147	
İş										
Hayır	47	92,1	48,11± 13,496	0,955	22,45± 5,959	0,113	13,53±7,336	0,729	13,79± 7,581	0,321
Evet	4	7,9	52,50± 13,626		17,75± 9,845		15,75±7,632		16,50± 6,245	
Aylık Gelir										
0-1000 TL	23	45,1	45,35± 14,202	0,472	21,70± 6,964	0,668	12,43±6,815	0,526	13,04± 7,517	0,361
1001-2000 TL	23	45,1	50,48± 13,436		22,78± 5,916		15,39±7,919		15,74± 7,706	
2001 TL ve üzeri	5	9,8	53,40± 6,652		20,60± 5,888		11,80±6,952		10,40± 4,349	

*p<0,05 ise anlamlı fark vardır

HD hasta grubunda sigara kullanımına göre ÖY ortalamaları sigara içenlerde $51,77 \pm 11,084$ iken sigara içmeyenlerde $47,32 \pm 14,085$ idi. SD aile puan ortalamaları sigara içenlerde $20,85 \pm 6,081$, sigara içmeyenlerde $22,50 \pm 6,442$ idi. SD arkadaşlar puan ortalamaları sigara içenlerde $14,00 \pm 8,727$, içmeyenlerde $13,61 \pm 6,883$ idi. SD özel insanlar puan ortalamaları sigara içenlerde $13,46 \pm 8,847$, sigara içmeyenlerde $14,18 \pm 7,059$ idi.

HD hasta grubunda sigara kullanımının ÖY üzerine etkisi incelendiğinde sigara içen ve sigara içmeyenler arasında istatistiksel olarak benzer görüldü ($p=0,346$), sigara kullanımının SD üzerine etkisi incelendiğinde Aile ($p=0,681$), Arkadaşlar ($p=0,136$) ve Özel insanlar ($p=0,549$) alt ölçeklerin sigara kullanımının SD üzerine etkisi görülmedi.

HD hasta grubunda diyaliz tedavi süresi 4 ayrı kategoriye ayrılmıştır. ÖY puan ortalamalarına bakıldığında; 0-2 yıl arası diyaliz tedavisi görenlerin ortalamaları $48,91 \pm 13,473$, 3-5 yıl arası tedavi görenlerin ortalamaları $50,85 \pm 12,482$, 6-10 yıl arası tedavi görenlerin ortalamaları $44,27 \pm 15,944$ ve 10 yıl ve üzeri diyaliz tedavisi görenlerin $49,40 \pm 11,261$ bulundu. SD aile puan ortalamalarına bakıldığında; 0-2 yıl arası diyaliz tedavisi görenlerin ortalamaları $21,68 \pm 4,980$, 3-5 yıl arası tedavi görenlerin ortalamaları $22,92 \pm 8,005$, 6-10 yıl arası tedavi görenlerin ortalamaları $20,73 \pm 7,850$ ve 10 yıl ve üzeri diyaliz tedavisi görenlerin $24,60 \pm 2,966$ bulundu. SD arkadaşlar puan ortalamalarına bakıldığında; 0-2 yıl arası diyaliz tedavisi görenlerin ortalamaları $13,32 \pm 7,266$, 3-5 yıl arası tedavi görenlerin ortalamaları $10,85 \pm 6,555$, 6-10 yıl arası tedavi görenlerin ortalamaları $15,91 \pm 6,891$ ve 10 yıl ve üzeri diyaliz tedavisi görenlerin $18,00 \pm 8,860$ bulundu. SD özel insanlar puan ortalamalarına bakıldığında; 0-2 yıl arası diyaliz tedavisi görenlerin ortalamaları $13,00 \pm 6,824$, 3-5 yıl arası tedavi görenlerin ortalamaları $13,31 \pm 8,845$, 6-10 yıl arası tedavi görenlerin ortalamaları $16,75 \pm 7,058$ ve 10 yıl ve üzeri diyaliz tedavisi görenlerin $14,20 \pm 8,106$ bulundu.

HD hasta grubunda diyaliz tedavi süresinin ÖY üzerine etkisi incelendiğinde istatistiksel olarak fark bulunmadı ($p=0,688$), Diyaliz tedavi süresinin SD üzerine etkisi incelendiğinde Aile ($p=0,681$), Arkadaşlar ($p=0,136$) ve Özel insanlar ($p=0,549$) alt ölçeklerin diyaliz tedavi süresinin SD üzerine etkisi bulunmadı. İstatistiksel olarak tüm ölçeklerden aldıkları puanlar benzer bulundu.

HD hasta grubunda hastaların hiçbiri alkol kullanmıyordu. Bu yüzden istatistiksel olarak karşılaştırma yapılamadı. Bahsedilen tüm istatistiksel veriler Tablo 11 de gösterilmiştir.

Tablo 11. HD hasta grubunun sigara kullanımı, diyaliz süresi ve alkol kullanımı durumuna göre ölçeklerden aldığı puan ortalamaları ve birbiriyle ilişkisi

	n(sayı)	%(yüzde)	ÖY		SDaile		SDark		SDözel	
			ort±ss	p	ort±ss	P	ort±ss	p	ort±ss	p
Sigara Kullanım										
Evet	13	25,5	51,77 11,084	0,346	20,85±6,081	0,681	14,00±8,727	0,136	13,46±8,847	0,549
Hayır	38	74,5	47,32 14,085		22,50±6,442		13,61±6,883		14,18±7,059	
Alkol Kullanım										
Evet	0	0	---	----	----	----	----	----	-----	----
Hayır	51	100	---	---	----	----	----	----	-----	----
Diyaliz Tedavi Süresi										
0-2 Yıl	22	43,1	48,91±13,473	0,688	21,68±4,980	0,670	13,32±7,266	0,189	13,00±6,824	0,590
3-5	13	25,5	50,85±12,482		22,92±8,005		10,85±6,555		13,31±8,845	
6-10	11	21,5	44,27±15,944		20,73±7,850		15,91±6,891		16,75±7,058	
10+	5	9,9	49,40±11,261		24,60±2,966		18,00±8,860		14,20±8,106	

*p<0,05 ise anlamlı fark vardır

HD hasta grubunda medeni duruma göre ÖY ortalamaları Evli olanlarda 49,81±12,980, Bekar olanlarda 53,08±9,070 ve Dul ya da Boşanmış olanlarda 34,29±13,889 idi. SD Aile ortalamaları Evli olanlarda 22,84±5,377, Bekar olanlarda 21,33±6,906 ve Dul ya da Boşanmış olanlarda 19,86±9,353 idi. SDark ortalamaları Evli olanlarda 13,31±6,621, Bekar olanlarda 16,50±9,090 ve Dul ya da Boşanmış olanlarda 10,71±6,317 idi. SD Özel insanlar ortalamaları Evli olanlarda 14,53±6,725, Bekar olanlarda 14,50±9,913 ve Dul ya da Boşanmış olanlarda 10,71±6,020 idi.

HD hasta grubunda medeni durumun ÖY üzerine etkisi incelendiğinde, Evli ve Bekar olanların Dul ya da Boşanmış olanlardan ÖY puan ortalaması istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,006$). Evli olanların Bekar olanlardan ÖY puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,714$). HD hasta grubunda medeni durumun SD üzerine etkisi incelendiğinde, Aile, Arkadaşlar ve Özel insanlar alt gruplarının hepsinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

HD hasta grubunda KBY dışında ek hastalık durumuna göre ÖY ortalamaları ek hastalığı olanların 43,21±13,290 iken ek hastalığı olmayanların 55,36±10,196 idi. SDaile ortalamaları ek hastalığı olanların 23,07±5,561 iken ek hastalığı olmayanların 20,77±7,151 idi. SD Arkadaşlar ortalamaları ek hastalığı olanların 13,17±7,320 iken ek hastalığı olmayanların 14,41±7,398 idi. SD Özel insanlar ortalamaları ek hastalığı olanların 14,69±7,834 iken ek hastalığı olmayanların 13,09±7,030 idi.

HD hasta grubunda Ek hastalığın ÖY üzerine etkisi incelendiğinde, ek hastalığı olmayanların ek hastalığı olanlardan ÖY puan ortalaması istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,001$). Ek hastalığın SD üzerine etkisi incelendiğinde, aile, arkadaşlar ve özel insanlar alt boyutlarının hepsinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

HD hasta grubunda birlikte yaşam durumuna göre yalnız yaşayan olmadığı için istatistik yapılmadı. 4 ayır kategoride değerlendirildi. Bunlar;

- 1- Eş veya çocuklarıyla yaşayanlar
- 2- Anne-Baba veya kardeşleriyle yaşayanlar
- 3- Eş veya Çocuk ve Anne-Baba veya Kardeş
- 4- Diğer; Birinci dereceden akraba olmadığı kişilerle beraber yaşayanlar

ÖY puan ortalamaları, birinci kategoride olanların $47,82 \pm 13,646$, ikinci kategoride olanların $50,27 \pm 13,327$, üçüncü kategoride olanların $48,00 \pm 18,511$ ve dördüncü kategoride olanların $50,00 \pm 1,414$ idi. S_{Daile} ortalamaları, birinci kategoride olanların $22,47 \pm 6,101$, ikinci kategoride olanların $22,18 \pm 5,776$, üçüncü kategoride olanların $25,00 \pm 3,830$ ve dördüncü kategoride olanların $9,00 \pm 4,243$ idi. S_{Dark} puan ortalamaları, birinci kategoride olanların $12,94 \pm 6,606$, ikinci kategoride olanların $17,36 \pm 8,981$, üçüncü kategoride olanların $12,50 \pm 7,594$ ve dördüncü kategoride olanların $9,00 \pm 5,657$ idi. S_{Dözel} puan ortalamaları, birinci kategoride olanların $13,62 \pm 6,523$, ikinci kategoride olanların $15,64 \pm 9,667$, üçüncü kategoride olanların $16,00 \pm 9,832$ ve dördüncü kategoride olanların $7,50 \pm 4,950$ idi.

HD hasta grubunda beraber yaşamın ÖY üzerine etkisi incelendiğinde, tüm kategoriler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p=0,961$). Beraber yaşamın S_{Daile} puanı üzerine etkisi incelendiğinde, birinci dereceden akrabalarıyla yaşayan gruptaki kişilerin SD puan ortalaması birinci dereceden akrabalarıyla yaşayanlardan istatistiksel anlamlı olarak düşüktü ($p<0,05$). Beraber yaşamın S_{Dark} ve S_{Dözel} puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde tüm gruplar istatistiksel olarak benzer bulundu ($p>0,05$).

Bahsedilen tüm istatistiksel veriler Tablo 12 , Tablo 13 ve Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 12. HD hasta grubunda Medeni durum ve Ek hastalığa göre ÖY puanlarının karşılaştırılması

Medeni durum	Medeni durum(k)	t puanı	Standart sapma	p
Evli	Bekar	-3,271	4,170	0,714
Evli	Dul	15,527	5,141	0,011
Bekar	Dul	18,798	5,859	0,007
Ek hastalık	Ek hastalık(k)			
Var	Yok	-3,558	3,690	0,01

* $p < 0,05$ ise anlamlı fark vardır

** t değeri pozitifliği ilk grubun ikincisinden istatistiksel olarak ÖY yüksekliğini gösterir

*** k: karşılaştırılan grup

Tablo 13. HD hasta grubunda birlikte yaşamın Sosyal Destek Aile puanlarının karşılaştırılması

Birlikte yaşam	Birlikte yaşam(k)	t puanı	Standart sapma	P
Eş veya Çocuk	Diğer	13,471	4,277	0,015
Anne-Baba veya Kardeş	Diğer	13,182	4,519	0,027
Eş veya Çocuk ve Anne-Baba veya Kardeş	Diğer	16,000	5,091	0,015
Eş veya Çocuk	Anne-Baba veya Kardeş	0,289	2,039	0,999
Eş veya Çocuk	Eş veya Çocuk ve Anne-Baba veya Kardeş	-2,529	3,107	0,848
Anne-Baba veya Kardeş	Eş veya Çocuk ve Anne-Baba veya Kardeş	-2,818	3,432	0,844

* $p < 0,05$ ise anlamlı fark vardır

** t değeri pozitifliği ilk grubun ikincisinden istatistiksel olarak ÖY yüksekliğini gösterir

*** k: karşılaştırılan grup

Tablo 14. HD hasta grubunun medeni durum, Beraber yaşam ve Ek hastalık durumuna göre ölçeklerden aldığı puan ortalamaları ve birbiriyle ilişkisi

			ÖY		SDaile		SDark		SDözel	
Medeni Durum	n	%	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
Evli	32	62,7	49,81±12,980	0,006	22,84±5,377	0,483	13,31±6,621	0,224	14,53±6,725	0,465
Bekar	12	23,5	53,08±9,070		21,33±6,906		16,50±9,090		14,50±9,913	
Dul+Boşanmış	7	13,8	34,29±13,889		19,86±9,353		10,71±6,317		10,71±6,020	
Beraber Yaşam										
Eş veya Çocuk	34	66,7	47,82±13,646	0,961	22,47±6,101	0,018	12,94±6,606	0,258	13,62±6,523	0,502
Anne-Baba veya Kardeş	11	21,5	50,27±13,327		22,18±5,776		17,36±8,981		15,64±9,667	
Eş veya Çocuk ve Anne-Baba veya Kardeş	4	7,8	48,00±18,511		25,00±3,830		12,50±7,594		16,00±9,832	
Diğer	2	4,0	50,00± 1,414		9,00± 4,243		9,00± 5,657		7,50± 4,950	
Ek hastalık										
Var	29	56,9	43,21±13,29	0,01	23,07±5,561	0,203	13,17±7,320	0,555	14,69±7,834	0,454
Yok	22	44,1	55,36±10,196		20,77±7,151		14,41±7,398		13,09±7,030	

*p<0,05 ise anlamlı fark vardır

Çalışmamızda kullanılan ölçeklerin, korelasyon analizi Tablo 15’te görülmektedir.

Tablo 15. Katılımcıların, ölçeklerden aldıkları puanların birbirleriyle ilişkisi

		ÖY	SDark	SDözel	SDaile
ÖY	r	1			
SDark	r	0,494**	1		
SDözel	r	0,334 **	0,659**	1	
SDaile	r	0,143	0,333**	0,313**	1

*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

5. TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan bireylerin sosyo-demografik ve klinik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalaması hasta grubunda $46,65 \pm 15,84$ örneklem grubundaki hasta bireylerin %56,8'inin 35-64 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. HD hastaları üzerinde yapılan diğer çalışmalarda, Oka ve Ark.(66) yaptığı çalışmada yaş ortalamasını 57,2, Tsay ve Ark.(67) yaptığı çalışmada $57,73 \pm 11,43$, Tsay(68) yaptığı çalışmada $57,77 \pm 11,23$, mollaoglu(70) yaptığı çalışmada 51 ve Bağ E.(69) yaptığı çalışmada ise $52,30 \pm 15,44$ olarak belirlediklerini ifade etmişlerdir. Yaş; bireylerin fiziksel, emosyonel, sosyal ve hatta kognitif fonksiyonlarında önemli sınırlılıklara neden olması ile erken dönemde bireyin biyopsikososyal açıdan ele alınması için önemli bir belirleyicidir (71).

Yaş gruplarına göre ÖY puanları karşılaştırıldığında, yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Yaş gruplarına göre öz yeterlilik puanları ikili gruplar halinde karşılaştırıldığında, 18-34 yaş aralığındaki grubun hem 35-64 yaş arası hem de 65 yaş üzeri gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. 35-64 yaş arası grubun 65 yaş üzeri gruptan ÖY puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu durumun, yaşla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerden ve uzun süre kronik bir hastalığın varlığının neden olduğu fiziksel ve biyopsikososyal sorunlardan kaynaklı olabileceği düşünülebilir. Ayrıca bu sonuç, hastalığa uyum sürecinde genç bireylerin algılama yetenekleri ve hastalıkla mücadele güçlerinin daha yüksek olması faktörüyle de ilişkilendirilebilir. Bu konuda literatür incelendiğinde çalışmamıza paralel olarak, Mollaoğlu ve ark.'nin yaptığı çalışmada genç hastaların öz yeterlilik durumu diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (72). Çalışmamıza paralel olarak Yeşilbalkan' ın yaptığı (73) periton diyalizi hastalarının ÖY'si 36-45 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre yüksek bulunmuştur. Farklı hastalığı olan bireyler üzerinde yapılan öz yeterlilik çalışmalarında ise, ÖY ve yaş arasında bir ilişki bulunamazken (74-76), Sol'un (77) çalışmasında genç hastaların öz yeterlilik puanı daha yüksek bulunmuştur. Gebelerle ilgili yapılan Ölçer Z.'nin çalışmasında 31 yaş üzerindeki grubun ÖY puan ortalaması 31 yaş altındaki gruba göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (78). Bunun nedeni, hastalığın özelliği, süresi ve sosyodemografik özellikler gibi çalışmada yer alan bireylerin diğer özellikleri arasındaki farklılardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle daha geniş örneklem grupları üzerinde, bu tür çalışmaların tekrarlanması gerektiğini düşünmekteyiz.

Hasta grubunda cinsiyete göre bireylerin toplam ÖY puan ortalamaları kadınların erkeklere göre yüksek bulunmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çalışmamıza paralel olarak Tsay (68) ve Yeşilbalkan'nın (73) çalışmalarında cinsiyetin ÖY'yi etkileyen bir faktör olmadığı belirtilmektedir. Mollaoğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada erkeklerin ÖY'si kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (72). Takaki ve Yano'nun yaptığı çalışmada kadınlarda ÖY düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (79). Literatürde hemodiyaliz uygulanan bireylerin cinsiyet ve öz yeterlilik düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen yeterli çalışma bulunmamıştır. Ancak kronik hastalıklarla ilgili yapılan çalışmalarda çalışmamızla paralel olarak, Bazı çalışmalarda da öz yeterlilik ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olamadığı bildirilmiştir (76, 80). Ancak bazı çalışmalarda erkek hastaların ÖY düzeyleri yüksek bulunurken (81,82), bazılarında ise kadın hastaların ÖY düzeyleri yüksek bulunmuştur (75,77,83).

Hasta grubunda medeni duruma göre bireylerin toplam ÖY puan ortalamaları karşılaştırıldığında, evli ve bekar olanların dul ya da boşanmış olanlara göre ÖY'si anlamlı biçimde yüksek görülmüştür. Bunun sebebi dul ya da boşanmış olanların anne baba veya eş ya da çocuk desteğinin diğer gruplara göre daha az olması düşünülmektedir. Literatürün aksine çalışmamızda elde ettiğimiz sonucu destekleyen çalışma yoktur. Mollaoğlu ve ark.'nın ve Yeşilbalkan'nın yaptığı çalışmada medeni durumun ÖY üzerine etkisi görülmemiştir (72,84). Bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Hasta grubunda eğitim durumuna göre bireylerin toplam ÖY puan ortalamaları karşılaştırıldığında, okur yazar olmayan grubun ÖY puan ortalaması diğer gruplardan düşük görülmüş ama istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu durum kişilerin sağlık sorunları ile baş edebileceklerine olan inançlarının yüksek olması ve bilgi kaynaklarına kolay ulaşabilmeleri ve sağlığı sürdürmede bu kaynaklardan yararlanmaları ile açıklanabilir. Literatürde Mollaoğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek olanların ÖY puanı da yüksek bulunmuştur. Literatürde Yeşilbalkan'nın (73) Tip 2 DM'li hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında da, eğitim düzeyi arttıkça, ÖY düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla kısmı uygunluk göstermektedir. Ancak Şireci E.ve ark.'nın Tip2 DM 'liler üzerinde yaptığı çalışmada eğitim durumuyla ÖY arasında ilişki görülmemiştir (85).

Hasta grubunda ikametgâh yerine göre bireylerin toplam ÖY puanları karşılaştırıldığında, şehir merkezinde yaşayanların ÖY puanları yüksek olmasına rağmen, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda çalışmamıza

benzer olarak ikametgah yerinin ÖY üzerine etkisi bulunmamıştır (69,73). Ancak Muz ve ark.'nin yaptığı çalışmada köyde yaşayanların ÖY düzeyleri diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur (50).

Hasta grubunda çalışma durumuna göre bireylerin toplam toplam ÖY puanları karşılaştırıldığında, çalışma durumları arasında çalışanların ÖY ortalaması yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatürde yapılan bazı çalışmalara göre çalışmamızın aksine çalışanların ÖY ortalamaları çalışmayanlara göre yüksek bulunmuştur (69,86). Ancak bazı çalışmalarda çalışma durumuna göre ÖY'de anlamlı bir fark görülmemiştir (78,84). Bu konuda farklı sonuçlar elde edilmesinin sebebi HD hasta grupları arasında çalışan sayısının az olması olduğu düşünülmektedir. Belirli bir işte çalışmanın verdiği psikolojik rahatlığın, çalışmanın getirdiği ekonomik desteğin, alım gücünün artması, sosyal ve aktif bir yaşam sürmenin yaşam kalitesini yükseltmesinin yanı sıra, ÖY'yi arttırmasına da yardımcı olduğu düşünülebilir.

Hasta grubunda gelir düzeyine göre bireylerin toplam ÖY puanları karşılaştırıldığında, gelir düzenin ÖY üzerine etkisi görülmemiştir. Bu konuda literatür incelendiğinde çalışmamıza paralel olarak, Yeşilbalkan (73,84), Kumar R.(87) ve Ölçer Z.'nin (78) çalışmalarında gelir durumunun, öz yeterliliği etkileyen bir faktör olmadığı belirtilmektedir. Ancak Bağ 'ın ve Muz 'un yaptığı çalışmalarda gelir düzeyinin artışı ÖY'yi arttırdığı saptanmıştır (50,69).

Hasta grubunda hemodiyaliz süresine göre toplam öz yeterlilik puanları karşılaştırıldığında, hastalık süresinin ÖY'yi etkilemediği saptanmıştır. Literatüre bakıldığında çalışmamıza paralel olarak, Mollaoglu, Bağ ve Ölçer'in yaptığı çalışmalarda da hastalık süresinin ÖY'yi etkilemediği saptanmıştır. Bu durumun nedeni hastaların hastalıklarını kabullenmeleri ve uygulanan tedaviye adapte olmaları düşünülmektedir. Ancak Muz G. ve Eğlence R.'nin yaptığı çalışmada hastalık süresi arttıkça ÖY'nin azaldığı saptanmıştır. Bu konuda daha objektif sonuçların elde edilebilmesi için daha fazla çalışma yapılabilir (50,72,78).

Hasta grubunda hanede beraber yaşadığı kişiler için gruplar halinde incelendiğinde gruplar arasında hane içerisinde birlikte yaşamın ÖY'ye etkisi saptanmamıştır. Bu konuda literatüre bakıldığında hemodiyaliz hastalarında birlikte yaşamın ÖY'ye etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmadı. Ancak Şireci ve Yanık'ın tip 2 DM'liler üzerinde yaptığı araştırmalarda çalışmamıza paralel olarak birlikte yaşamın ÖY üzerine etkisi saptanmamıştır

(85,88). Ölçer'in gebeler üzerinde yaptığı araştırmada birlikte yaşamın ÖY'yi etkilemediği görülmüştür (78). Bu konuda daha fazla araştırmanın yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Hasta grubunda sigara kullanımı incelendiğinde, sigara içenlerle sigara içmeyenlerin ÖY ölçeğinden aldığı ortalama puan benzer görüldü. Literatürde HD hastalarında sigara ve alkol kullanımının incelendiği benzer çalışmaya rastlanmamıştır. Şireci'nin diyabetlilerde yaptığı çalışmada sigara kullanımının ÖY üzerine etkisi görülmemiştir (85). Doğan'ın hemşirelerde yaptığı çalışmada da sigara içenlerle içmeyenlerin ÖY'si benzer görülmüştür (89). Değirmenci'nin HD hastaları üzerinde yaptığı çalışmada, sigaranın yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır (90). Bu bilgiler ışığında; sigaranın ÖY üzerinde olumlu ya da olumsuz bir faktör olmadığı hakkında net bir şey söylemek mümkün değildir.

Hasta grubunda; başka bir kronik hastalığının varlığına göre bireylerin toplam ÖY puanları karşılaştırıldığında aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Literatürde çalışmamıza paralel olarak Muz'un çalışmasında KBY hastalığından başka kronik hastalığı olmayan bireylerin puanlarının birden fazla kronik hastalığı olan gruptan yüksek olduğu görülmüştür (50). Bağ'ın yaptığı çalışmada ise birden ek hastalığı olanlarla olmayanlar arasındaki fark anlamlı görülmemiştir (69). Farklı hastalığı olan bireyler üzerinde yapılan Sol'un çalışmasında damar hastalığının yanı sıra diyabetli bireylerin ÖY'nin düşük olduğunu belirtmiştir. Şireci'nin diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada ek hastalık varlığının ÖY'yi etkilemediği görülmüştür (85). KBY haricinde başka bir kronik hastalığın varlığı hastaların yaşamını daha fazla kısıtladığı düşünülmektedir. Bu nedenle hastaların ÖY'yi etkilediği düşünülmektedir. KBY dışında başka bir kronik hastalığı olan bireylerin diğer kronik hastalık varlığına yönelik ÖY düzeylerinin ayrıntılı olarak incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

KBY, yaşamı tehdit eden, farklı komplikasyonlara yol açan, önemli ölçüde iş gücü kaybına sebep olan her yaştan insanları etkileyebilen bir hastalıktır (91). HD, KBY gelişen hastalarda tedavide en sık kullanılan yöntemdir. Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) nedeniyle HD tedavisi alan hastaların yaşadığı başlıca fiziksel ve psiko-sosyal sorunlar şunlardır;

- Haftada 3 gün ortalama 4-6 saat devam eden diyaliz uygulamaları ve yaşamın diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı hale gelmesi,
- Diyaliz ünitesinde sık görülen ölümler ve ölüm korkusunun sürekli olarak yaşanması,

- Fiziksel durumda sık döngülü değişmelerin olması (üreminin artmasıyla bulantı, yorgunluk, uyku hali, dikkat azalması, diyaliz uygulamasının hemen ardından sıvı elektrolit dengesindeki ani değişime bağlı baş ağrısı, bulantı, kas krampları, sinirlilik, bazen de eşlik eden yönelim bozukluğu, deliryum ve konvülziyonlar)
- Uzun süreli diyaliz seanslarında bilişsel işlevlerin giderek bozulabilmesi,
- Hastanın nakil için yakınlarından böbrek talebinin ve hasta yakınlarının böbrek verme konusunda yaşadığı tereddütlerin doğurduğu baskılar ya da kadavradan nakil için belirsiz bir bekleme sürecine girilmesi,
- Sıvı ve gıda alımında büyük kısıtlamalar getiren diyet programını uygulama güçlüğü (92).

Kronik hastalıkları düzeltmede SD önemli bir rol oynar. Ayrıca, yaşam kalitesinin iyileşmesi ile duygusal desteğin önemli olduğu düşünülmektedir (93). Literatürde SD'nin, bireye sağlıklı baş etme kazandırdığı, umutsuzluk duygusunu ve depresyonu azalttığı, stres dönemlerinde kişisel yeterliliği arttırdığı, duygusal denge sağladığı, yaşam doyumu ve psikolojik iyilik hali kazandırdığı belirtilmektedir (94-95). Ayrıca HD, bireyi bağımlı kılmakta, onun yeteneklerini sınırlamakta ve benlik saygısını zedelemektedir. Hastalar, Hemodiyaliz tedavisi süresince empatik, bilgisel, maddi ve güven veren SD'ye ihtiyaç duymaktadır. Benlik saygısı ise kronik hastalığı olan bireyin hastalığına göstereceği tepkiyi etkileyebilir, dolayısıyla hastanın hastalığına uyumunda belirleyici bir faktör olabilir (96).

Yaş gruplarına göre SD puanları karşılaştırıldığında, gruplar arasında tüm alt ölçek puan ortalamaları benzer görüldü. Literatürde çalışmamıza benzer olarak Tan M. ve ark yaptığı çalışmada tüm yaş gruplarının sosyal destekleri arasında fark görülmedi (97). Kaya B.'nin yaptığı HD ve PD hastalarında yaptığı çalışmada da yaşın sosyal destek üzerine etkisi bulunmamıştır (98). Bu konuda kısıtlı çalışma bulunmuş olup daha fazla çalışma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Cinsiyete göre SD puanları karşılaştırıldığında, gruplar arasında SDaile ve SDark alt ölçek puanları benzer görülürken SDözel puan ortalaması kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek görüldü. Literatüre bakıldığında Atik ve ark.'nin yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir(99). Mıstık ve ark., Tan M. ve ark.'nin yaptığı çalışmalarda da çalışmamıza paralel olarak cinsiyetin SD' yi etkilemediği görülmüştür (97,100,101).

Medeni duruma göre SD puan ortalamaları karşılaştırıldığında, tüm alt ölçeklerin arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. Literatüre bakıldığında, Kaya ve ark.'nin yaptığı HD ve PD hastalarında yaptığı çalışmada bulgularımıza paralel olarak medeni

durumun sosyal destek üzerine etkisinin olmadığı görülmüştür (98). Tan ve ark.'nın HD hastalarında yaptığı çalışmada bulgularımıza paralel olarak medeni durumun sosyal destek üzerine etkisi görülmemiştir (97). Literatürde yapılan diğer çalışmalarda da bulgularımıza benzer sonuçlar elde edilmiştir. Alt ölçeklerde aile puan ortalamaları diğer alt ölçeklerden daha yüksek görülmüştür.

Eğitim durumuna göre sosyal destek ortalamalarına bakıldığında, SDark puan ortalamaları lise ve üzeri eğitim seviyesinde olanların diğer gruplara göre daha yüksek görülmüş ancak tüm alt ölçeklerde SD puan ortalamalarında anlamlı bir fark görülmedi. Literatüre bakıldığında, Mıstık ve ark.'nın yaptığı çalışmada eğitim durumunun SD'yi etkilemediği görülmüştür (100). Ancak Tan M. ve ark.'nın HD hastalarında yaptığı çalışmada bulgularımızın aksine eğitim düzeyi arttıkça SD'nin arttığı görülmüştür (97). Demirbilek ve ark.'nın yaptığı çalışmada SDark puanı okuryazar olmayan grupta lise ve üzeri olan gruba göre anlamlı olarak düşük görülmüştür diğer alt ölçeklerde ise anlamlı bir farklılık yoktur (102). Bizim çalışmamızla kısmi benzerlik göstermektedir. Genel olarak eğitim seviyesi yükseldikçe hastaların bilinçli baş etme mekanizmalarını geliştirmeleri, maddi olanakların ve sosyal durumun daha iyi olması sonuçları olumlu etkilemiş olabilir.

Yaşadığı yere göre SD puan ortalamalarına bakıldığında, tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu konuda literatürde HD hastalarında yaşadığı yere göre SD 'yi araştıran kaynağa rastlanmadı. Ancak Yılmaz'ın kanserli hastalarda yaptığı araştırmada yaşadığı yerin sosyal desteği etkilediği saptanmıştır (103). Bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

Çalışma durumuna göre SD puan ortalamalarına bakıldığında, tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu konuda literatüre bakıldığında, Atik'in HD hastalarında yaptığı çalışmada SDözel alt ölçeğinde çalışma durumunun SD'yi etkilediği diğer alt gruplarda etkisinin olmadığı görülmüştür (99). Çalışmamızla kısmen benzer sonuç elde edilmiştir. Ayrıca Yılmaz'ın kanserli hastalarda yaptığı çalışmada çalışanların SD puanı çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (103). Ölçer'in yüksek riskli gebelerde yaptığı araştırmada çalışma durumunun SD'yi etkilemediği tespit edilmiştir (78).

Aylık ortalama gelire göre sosyal destek puan ortalamalarına bakıldığında, tüm alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı değildir. Literatürde çalışmamıza paralel olarak Avcı'nın otizmli çocukların ebeveynlerine yaptığı çalışmada gelir durumunun sosyal desteği etkilemediği bulunmuştur (104). Ancak Ölçer'in gebelerde yaptığı çalışmada geliri

yüksek olanların SD puanı diğerlerinden yüksek görülmüştür (78). Yılmaz'ın kanserli hastalarla yaptığı çalışmada da yüksek gelirli olanların SD puanı anlamlı olarak diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur (103). Bu durumun sebebi çalışmamıza katılan HD hastaların çoğunun maddi geliri topluma oranla düşük olması görülebilir. Bu konuda HD hastalarıyla ilgili daha fazla çalışma yapılmalıdır.

Berber yaşama göre SD puan ortalamalarına bakıldığında, SDAile puan ortalamaları birinci dereceden akrabalarıyla yaşamayan grubun düşük bulunmuştur. SDark ve SDözel puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu konuda çalışmamla paralel olarak literatürde Tan ve ark. HD hastalarında yaptığı çalışmada tüm alt ölçeklerde beraber yaşamın sosyal desteği etkilemediği bulunmuştur (97). Yılmaz'ın kanserli hastalarla yaptığı çalışmada yalnız yaşayanların SDAile puan ortalaması diğer gruptan anlamlı olarak yüksek görülmüştür diğer alt ölçeklerde ise beraber yaşamın SD'yi etkilemediği bulunmuştur (103). HD hastaları, desteği en fazla eşlerinden ve çocuklarından, çekirdek ailelerinden almaktadırlar. Bu destek kaynaklarının, hastalarına yeterince destek olmaları, onların hastalıklarıyla daha kolay baş etmeleri ve psikososyal sorunları daha az yaşamaları açısından oldukça anlamlıdır.

Diyaliz tedavi süresine göre SD puan ortalamalarına bakıldığında, diyaliz süresinin SD'yi etkilemediği bulunmuştur. Literatürde Mıstık ve ark. tarafından yapılan çalışmada bulgularımıza paralel olarak diyaliz süresinin SD puanlarını etkilemediği bulunmuştur (100). Ancak Demirbilek'in yaptığı çalışmada diyaliz tedavi süresi arttıkça aileden alınan desteğin azaldığı, arkadaşlar ve özel insanlardan alınan desteğin ise arttığı bulunmuştur (102). Bu durumun nedeni haftada üç gün ortalama 4-6 saat süren diyaliz uygulamalarının hasta ve sağlık ekibi üyeleri arasındaki duygusal boyuttaki iletişimi olumlu yönde etkilemiş olması, ayrıca hastalığın ilk dönemlerinde aile bireylerinin destekleyici davranışlarının zaman geçtikçe değişime uğraması olabilir. Atik'in yaptığı çalışmada ise hastalık süresinin aile ve arkadaşlardan alınan SD'yi etkilemediği ama özel insanlardan aldığı SD'nin azaldığı görülmüştür (99). Farklı sonuçların elde edilmesinin nedeni çalışmanın yapıldığı bölgenin sosyokültürel yapısının etkisi olduğu düşünülmektedir.

KBY dışındaki ek hastalığa göre SD puan ortalamalarına bakıldığında, ek hastalık varlığının SD'yi etkilemediği görülmüştür. Literatüre bakıldığında Mıstık ve ark.'nin yaptığı çalışmada bulgularımıza paralel olarak KBY ye ek olarak kronik hastalık varlığı SD puanını etkilemediği görülmüştür (100). Atik'in yapmış olduğu çalışmada ise kronik hastalık SDAile

puanını etkilediği arkadaşlar ve özel insanlar puanını etkilemediği bulunmuştur (99).Bu konuda daha fazla yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Sigara kullanımının sosyal destek üzerine etkisi incelendiğinde, sigara kullanımının SD üzerine etkisi görülmemiştir. Literatüre bakıldığında HD hastalarında sigara kullanımını sorgulayan kaynağa rastlanmamıştır. Bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, ÇBASDÖ toplam puan ortalaması $49,78 \pm 7.32$, aile alt boyutu puan ortalaması $22,08 \pm 6.33$, arkadaşlar alt boyutu puan ortalaması $13,71 \pm 7.30$, özel bir insan alt boyutu puan ortalaması $14,00 \pm 7,46$ olarak saptandı. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması, algılanan SD'nin yüksek olduğunu ifade etmekte ve alt ölçeklerden alınabilecek en yüksek puan 28, ölçeğin bütününden alınabilecek en yüksek toplam puan ise 84'tür. Genel olarak, algılanan SD'nin orta düzeyde olduğu, en fazla desteğin aileden, en az desteğin arkadaşlardan geldiği söylenebilir.

ÇBASDÖ açısından bakıldığında HD grubunda aile destek puanı $22,08 \pm 6,33$, arkadaş destek puanı $13,71 \pm 7,30$, özel kişi destek puanı $14,00 \pm 7,46$ ve toplam destek puanı $49,78 \pm 7,32$ idi. Kontrol grubunda ise aile destek puanı $22,04 \pm 4,76$, arkadaş destek puanı $22,33 \pm 5,41$, özel kişi destek puanı $21,74 \pm 6,05$ ve toplam destek puanı $66,11 \pm 5,66$ olarak bulundu. Kontrol grubunun arkadaşlar ve özel kişiler destek puanı HD grubundan anlamlı bir olarak yüksekti. Ancak SD aile puanları arasındaki fark anlamlı değildi. Literatüre bakıldığında Kaya ve ark'nın yaptığı çalışmada Periton diyalizi olan hasta grubunun HD hasta grubuna göre SD aile ve arkadaşlar destek puanları yüksek görülmesi, bulgularımızla kısmi benzerlik göstermektedir. Çınar tarafından ülkemizde yapılan bir çalışmada, HD hastalarında algılanan sosyal desteğin psikososyal uyumla pozitif bir ilişki içinde olduğu vurgulanmaktadır (105). Mıstık ve ark. tarafından yapılan çalışmada bulgularımıza benzer olarak SDaile puanları yüksek bulunmuştur.

ÖY açısından bakıldığında HD hasta grubunun ortalama puanı $48,85 \pm 13,42$ idi. Kontrol grubunda ise $62,31 \pm 10,56$ olarak bulundu. Kontrol grubunun ÖY puanı hasta grubundan yüksek bulundu. Literatüre bakıldığında Bağ ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada PD hastalarının ÖY puanı HD hastalarından yüksek bulunmuştur. Ayrıca Doğrusöz'ün yaptığı çalışmada HD hasta grubunun yaşam kalitesi PD, renal transplant hastaları ve sağlıklı bireylerden düşük bulunmuştur (108). HD işlemi hastaların ÖY'sini etkileyen yaşam kalitesini

azaltan bir etkidir. Bunun sebebi haftada 3 defa 4-6 saat diyaliz işleminin sürmesi düşünülebilir.

Çalışmamızda ölçekler arasındaki korelasyon analizine bakıldığında, ÖY puanı ile SDark arasında pozitif yönde orta düzeyde, ÖY puanı ile SDözel puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanırken, SDark puanı ile SDözel puan arasında pozitif yönde yüksek, SDark puanı ile SDaile puanı arasında ve SDözel puanı ile SDaile puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptandı. ÖY'si yüksek olan bireylerin olmayanlara göre aile dışındaki sosyal çevreyle etkileşimleri daha fazla olabileceği düşünüldüğünde, SD puanlarının daha yüksek çıkması şaşırtıcı değildir. Literatüre bakıldığında Bağ ve ark.'nın yaptığı çalışmada bulgularımıza paralel olarak SD arttığında bireylerin ÖY'nin arttığını saptamıştır (106). Tan'ın yaptığı çalışmada ise aileden alınan SD ile umutsuzluk arasında negatif yönde korelasyon bulunmuştur (97). Muz 'un yapmış olduğu çalışmada ise öz bakım gücü ile ÖY arasında pozitif yönde korelasyon olduğu saptanmıştır (50). Mollaoğlu'nun çalışmasında ise ÖY ile yeti yitimi arasında negatif korelasyon bulunmuştur (107).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

HD hastaları ve sağlıklı bireylerin oluşturduğu kontrol grubuyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanabilir:

1. HD hastalarında okuma yazma bilenlerin oranı ve herhangi bir işte çalışanların oranı kontrol grubuna göre anlamlı derece düşüktü.
2. HD hastalarının aylık geliri, kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktü.
3. HD hastalarının ÖY, SDark ve SDözel puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük idi.
4. HD hastalarında sigara kullanım oranının kontrol grubuna göre anlamlı farklılık bulunmadı. HD hasta grubunda alkol kullanan yoktu. Kontrol grubunda ise düşük düzeydeydi.
5. Hasta grubunda; ileri yaşta olanlarda, dul veya boşanmış olanlarda, KBY dışında ek hastalığı olanlarda ÖY puan ortalaması daha düşük bulundu.
6. HD hastalarında; SDaile puanı, birinci derece yakınlarıyla birlikte yaşayanlarda, yaşamayanlara göre anlamlı derecede yüksek iken diğer sosyodemografik özelliklerden etkilenmemiştir.
7. HD hastalarında; SDark puanı, sosyodemografik özelliklere göre farklılık göstermemiştir.
8. HD hastalarında; SDözel puanı; kadınlarda, erkeklere göre anlamlı derecede yüksek çıkmış, diğer sosyodemografik özelliklerden etkilenmemiştir. Anlaşılacağı üzere sosyal destek ölçek puanı HD hastalarının özelliklerine göre değişiklik göstermemesine rağmen, kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük çıkmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına dayanarak çözüm olarak;

- 1- Sağlık profesyonellerinin, diyaliz sürecinin, KBY'nin ve HD işleminin, bireyin SD ve ÖY düzeyi üzerindeki etkisi konusunda eğitilmesi ve duyarlı hale getirilmesi, bu hastalar için genel tıp ve psikiyatri arasındaki bağlantının güçlendirilmesi,
- 2- HD hastalarının evde kendi bakımlarını sürdürmeleri için planlı eğitimlerin yapılması, kendi bakımları ile ilgili karar vermeleri ve planlama yapmalarının desteklenmesi, üretkenliklerinin artırılması,

- 3- Hastalara bireysel eğitimlerin yanı sıra grup eğitimlerinin planlanması ve grup eğitimlerinde hastaların birbirleri ile deneyimlerini paylaşmaları sağlanması,
- 4- HD tedavisi alan hastaların birbirleri ile daha iyi ilişkiler içinde olabilmeleri ve birbirlerini tanıyabilmeleri için düzenli aralıklarla gezi, eğlence ve sanat faaliyetleri yapılması, bunu organize etmede hasta ve ailesinin sağlık ekibi ile birlikte çalışması,
- 5- HD hastalarının mevcut düşük ÖY ve SD durumlarının daha da kötüye gitmemesi adına komorbid ek hastalıklarının tanı ve tedavisi konusunda hassas davranılması,
- 6- HD hastalarından çalışabilecek durumda olanları, hem sosyal çevrelerinin arttırılması hem de aylık gelirlerinin iyileştirilmesi adına kendilerine uygun işlerde istihdam edilmesi,
- 7- Hastaların fiziksel ve psikolojik iyilik halini ortaya çıkaracak kapsamlı bilgi için daha geniş sayıdaki hasta grubu ile farklı HD merkezlerinde araştırmanın tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Vural A. Kronik böbrek yetmezliği ve tedavisi. Ed: Koçer İH, Erikçi S, Baykal Y, İç Hastalıkları Günleri III. pp. 339-358, GATA Basımevi, Ankara, 2002.
- 2- Zhang QL, Rothenbacher D. Prevalence of chronic kidney disease in population-based studies: systematic review. BMC Public Health. 2008;(8):117-130.
- 3- Prabahar MR, Chandrasekaran V, Soundararajan P. Epidemic of chronic kidney disease in India -what can be done? Saudi J Kidney Dis Transpl. 2008;19(5):847-853
- 4- Merkus MP, Kredit R. Quality of life and functional status in chronic hemodialysis and peritoneal dialysis. Ed: Lamiere N, Mehta RV, Complications of Dialysis. pp. 497-515, 2000.
- 5- <http://www.euro.who.int>, The health for all policy framework for the WHO European Region. Health 21, Erişim tarihi: 17.02.2018.
- 6- Bandura A. (1994) Self Efficacy, Romachaudran V. S. (Ed) In Encyclopedia of Human Behavior (71-81). New York: Academic Press.
- 7- Mollaoğlu M. Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Depresyon, Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2005; Temmuz-Ekim: 55-60.
- 8- Bağ E. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2007.
- 9- Sarı Ö. Sosyal Boyutlarıyla Kronik Böbrek Yetmezliği. BEU. SBE. Derg. Cilt:4 Sayı:2 Aralık 2015.
- 10- Brenner BM. Kidney. Ed: Brenner BM. Brenner and Rector's the kidney. 5th ed. pp. 1893-935, Philadelphia, 1996.
- 11- Türk Nefroloji Derneği, Registry 1995 ve 1999.
- 12- Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. Nefroloji El Kitabı, Akpolat T, Yalçın A. U. ed. Kronik Böbrek Yetmezliği genel bilgiler s.2
- 13- Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification, National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKFK/DOQI), 2002:43-5.
- 14- Jacobson HR. Chronic renal failure pathophysiology. Lancet. 1991;338:419-23.
- 15- Hishida A. Diagnosis and treatment of kidney failure. Nippon Naika Gakkai Zasshi. 2002;91:127-31.

- 16- TANRIVERDI, M. H. Kronik böbrek yetmezliği. Konuralp tıp dergisi, 2010, 2010.2: 27-32.
- 17- Utaş C. Dahili Tıp Bilimleri Kronik Böbrek Yetmezliğinde Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci, 2005;1(21):9-10.
- 18- Kotchen, T. A. (2015). Hypertensive Vascular Disease. In D. L. Kasper, A. S. Fauci, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. L. Jameson, & J. Loscalzo (Eds.), *Harrison's Principles of Internal Medicine* (19th ed., pp. 1611- 1627). New York: McGraw-Hill Education.
- 19- Birol L. Böbrek Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ed: Akdemir N. İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Yayınları, 9. Baskı. pp. 199-228, İstanbul, 1998.
- 20- Akpolat T, Ulaş C, Süleymanlar G. Kronik Böbrek Yetmezliği. Ed: Süleyman G. Nefroloji El Kitabı. 4. Baskı. pp. 1-21, 283-363, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2007.
- 21- Akoğlu E. Hemodiyaliz. Ed: Akoğlu E. Hemodiyaliz Tedavi İlkeleri, TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. pp. 17-21, Mayıs, 1997.
- 22- Zawada ET. Indications for Dialysis. Ed: Daugirdas JT. *Handbook for Dialysis*. Little, Brown and Company, Boston, 2003; 3-9.
- 23- Altıparmak S. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların cinsel yasama ilişkin yaşadıkları sorunlar ve danışmanlık gereksinimleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2006;22 (1):189-196.
- 24- Doğrusöz Y. hemodiyaliz, periton diyalizi ve renal transplantasyon uygulanan hastalarda yaşam kalitesi ve buna etki eden faktörlerin değerlendirilmesi .Dicle üniversitesi tıp fakültesi aile hekimliği . uzmanlık tezi. Diyarbakır, 2015
- 25- Arık N. Diyaliz. Ed: Arık N. Nefroloji Kitabı. pp. 7-75, Deniz Matbaacılık, İstanbul, 2001.
- 26- AKPOLAT, Tekin; UTAS, C. Hemodiyaliz hekimi el kitabı. Türk Nefroloji Derneği Yayını, Erciyes Üniv mat. Kayseri, 1997.
- 27- Haris D, Elder G, Kairatıs L, Rangan G. Diyaliz Yeterliliği. Ed:Kazancı G. Klinik Diyalizin Temel İlkeleri. pp. 90-258, Nobel Tıp Kitap Evi, Adana, 2008.
- 28- Türkmen F. Hemodiyaliz Yeterliliği. Ed: Türkmen F. Hemodiyaliz Seminer El Kitabı. 1. Baskı. pp. 52–67, Deniz Ofset Matbaacılık, İstanbul, 2002.
- 29- Ankit N, Mehta MD, Andrew Z, Fenves MD. Hemodialysis Adequacy: A Review; *Dialysis & Transplantation*. January 2010.
- 30- Ankit N, Mehta MD, Andrew Z, Fenves MD. Hemodialysis Adequacy: A Review; *Dialysis & Transplantation*. January 2010.

- 31- Ankit N, Mehta MD, Andrew Z, Fenves MD. Hemodialysis Adequacy: A Review; Dialysis & Transplantation. January 2010.
- 32- Van Stone JC, Daugirdas JT. Physiologic principles. Handbook of Dialysis. Daugirdas JT, Ing TS (eds). Little, Brown and Company, Boston 1994: 13-29.
- 33- Davison AM. Options in renal replacement therapy. Replacement of renal function by dialysis. Jacobs C, Kjellstrand CM, Koch KM, Winchester JF (eds). Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1996: 1304-1315.
- 34- Van Stone JC. Hemodialysis apparatus. Handbook of Dialysis. Daugirdas JT, Ing TS (eds). Little, Brown and Company, Boston 1994: 30-52.
- 35- Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz. Ed: Akpolat T. Hemodiyaliz El Kitabı. pp. 108-122, Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri, 2005.
- 36- Erkoç R. Hemodiyaliz Sırasında Oluşan Komplikasyonlar. Ed: Bozfakıoğlu S. Diyaliz El Kitabı. pp: 148-168, Güneř Kitap Evi, 3. Baskı, Ankara, 2003
- 37- Bolat, O.İ. (2011). Öz Yeterlilik ve Tükenmiřlik İlişkisi: Lider-Üye Etkileřiminin Aracılık Etkisi. *Ege Akademik Bakış*, 11(2),255 – 266.
- 38- Üstüner M. Demirtař H. Cömert M. Özer N. (2009), Ortaöđretim Öđretmenlerinin Öz Yeterlilik Algıları, Mehmet Akif Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 9(17), 1-16.
- 39- Blazer D. G. (2002). Self –Efficacy and Depression in late life: A primary Prevention Proposal Aging and Mental Health, 6(4), 315-324.
- 40- Bandura A., Self-Efficacy: The exercise of Control, Macmillan, 1997.
- 41- ÖZKASAP, Mehtap. An exploration of self-efficacy beliefs for self-regulated learning and perceived responsibility for English learning of EFL students in a Turkish university. 2009. PhD Thesis. Bilkent University.
- 42- BANDURA, Albert (ed.). Self-efficacy in changing societies. Cambridge university press, 1995.
- 43- Eaton, M. J., & Dembo, M. H. (1997). Differences in the motivational beliefs of asian american and non-asian students. *Journal of Educational Psychology*, 3, 433-440.
- 44- Sharp, C. (2002). Study support and the development of self-regulated learner. *Educational Research*, 44, 29-42.
- 45- Bandura, A.(2000). Cultivate Self-Efficacy for Personal and Organizational Effectiveness”. E.A.Locke (Ed.), *Handbook of Principles of Organizational Behavior*, Oxford: Blackwell Publishing, 120–135.

- 46- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory of Mass Communication. J. Bryant & D. Zillman (Ed.) *Media Effects: Advances in Theory and Research* (Second Edition). 121–153.
- 47- Bandura, A. (2002). Growing Primacy of Human Agency in Adaptation and Change in the Electronic Era. *European Psychologist*, 7(1), 2–16.
- 48- LOMBARDO, Tom. Thinking ahead: The value of future consciousness. *The Futurist*, 2006, 40.1: 45.
- 49- ÖZÇAKAR, Nilgün, et al. Burnout and relevant factors in nursing staff: what affects the staff working in an elderly nursing home. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 2012, 15.3.
- 50- Muz G. Eğlence R. “ hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi” *Balikesir Saglik Bil Derg Cilt:2 Sayı:1 Nisan 2013*.
- 51- Luszczyńska, A., Gutie Rrez-DonA, B. & Schwarzer, R. (2005). General Self-Efficacy in Various Domains of Human Functioning: Evidence From Five Countries. *International Journal of Psychology*, 40, 2, 80–89.
- 52- Basım, H. Nejat; Korkmazıyürek, Haluk; Tokat, A. Osman. Çalışanların Öz Yeterlilik Algılamasının Yenilikçilik Ve Risk Alma Üzerine Etkisi: Kamu Sektöründe Bir Araştırma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2008, 19: 121-130.
- 53- Sherer Mark, et al. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*, 1982, 51.2: 663-671.
- 54- Gözüm S. Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeğinin Türkçe Formunun Yapı Geçerliliği: Öz-Etkililik-Yeterlik İle Stresle Başa Çıkma Algısı Arasındaki İlişki. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 1999, 2.1.
- 55- Yıldırım, F., İlhan, İ. (2010) Genel Özyeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(4),301-8.
- 56- Kaner S. Aile destek ölçeği: Faktör yapısı, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi* 2003; 4(1): 57- 72.
- 57- Serdengeçti K, Süleymanlar G, Altıparmak MR ve ark. (2010) Türkiye'de Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon, istanbul, Türk Nefroloji Derneği Yayınları.
- 58- Feroze U, Martin D, Reina-Patton A ve ark. (2010) Mental health, depression and anxiety in patients on maintenance dialysis. *Iran J Kidney Dis*, 4:173-180.

- 59- Yücel B, Yılmaz N, Özkan S (1995). Hemodiyaliz hastalarının konsültasyonliyezon psikiyatrisi kapsamında değerlendirilmesi “Ön Çalışma”. Editör: Sonay Özkan, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul.
- 60- ÖZKAN, S. Kronik Böbrek Hastalığı ve Diyalizde Psikiyatrik Morbidite. Psikiyatrik Tıp Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul, 1993, 187.
- 61- O'Donnell K, Chung JY (1997). The diagnosis of major depression in end-stage renal disease. *Psychother Psychosom* .66:38.
- 62- Kimmel PL, Thamer M, Richard CM et al. (1998). Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med*. 105:214-221.
- 63- Kumbasar H. Kronik Böbrek Yetmezliği, Diyaliz ve Psikososyal Sorunlar. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1997, 2.1: 69-74.
- 64- Tan M. Engin R. Özer H. Hemodiyalize giren hastalarda depresyon ve aile ilişkilerinin değerlendirilmesi. Erzurum: Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, 1999, 415-20.
- 65- Şentürk A. Tamam L. Levent B. A. Kronik böbrek yetmezliğinde uygulanan tedavilerin psikiyatrik etkileri ve tedavisi. *ARV*, 2000, 9.49: 49-65.
- 66- Oka M, Chaboyer C (2001) Influence Of Self-Efficacy and Other Factors On Dietary Behaviours In Japanese Haemodialysis Patients, *International Journal Of Nursing Practice*, 7;431–439.
- 67- Tsay SL, Healstead M (2002) Self-Care, Self-Efficacy, Depression, and Quality Of Life Among Patients Receiving Hemodialysis In Taiwan, *International Journal Of Nursing Studies* 39;245–251.
- 68- Tsay SL (2003) Self Efficacy Training For With End-Stage Renal Disease, *Journal of Nursing Advanced Nursing*, 43:421–429
- 69- Bağ E. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda özbakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık bilimleri enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas 2007, s: 105-116
- 70- Mollaoğlu M (2005) Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Depresyon, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 55–60.
- 71- Tülek Z (2004) Multiple Sklerozlu Hastanın Bakımı, 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongre Kitabı, Serenas Turizm Kongre ve Organizasyon Hizmetleri Ltd. Şti, Ankara.
- 72- Mollaoglu M. Bağ E. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz yeterlilik ve etkileyen faktörler, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009,C.72 s.2 sayfa 40.

- 73-** Yeşilbalkan Ö (2001) Tip 2 Diabetli Hastaların Kendi Kendilerine Bakımlarındaki Öz Yeterlilikleri ve Öz Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- 74-** McCloskey R (2004) Functional and Self- Efficacy Changes Of Patients Admitted To A Geriatric Rehabilitation Unit, *Journal Of Advanced Nursing* 46(2);186–193.
- 75-** Walker LM (2004) Relationship Between İlness Representation AndSelf- Efficacy, *Journal Of Advanced Nursing* 48(3); 216–225.
- 76-** Wong WK. (2005) Effects Of Nurse- İnitiated Telephone Follow-UpOn Self-Efficacy Among Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease,*Journal Of Advanced Nursing* 49(2);210–222.
- 77-** Sol GMB (2005) Self Efficacy İn Patients With Clinical Manifestations Of Vascular Disease, *Patient Euct. Couns.* 61(3): 443- 448.
- 78-** Ölçer Z, Bakır N, Oskay Ü, yüksek riskli gebelerin öz yeterlilik ve sosyal destek algıları, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016;19:1
- 79-** Takaki J, Yano E. Possible gender differences in the relationships of self-efficacy and the internal locus of control with compliance in hemodialysis patients. *Behav Med* 2006;32: 5-11.
- 80-** Adaylar M (1995) Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalıktaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz Bakım Yönelimleri, Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul.
- 81-** Padgett DK (1991) Correlates Of Self Efficacy Beliefs Among Patients With non-İnsülin Dependent Diabetes İn Zagreb, Yugoslavic, *Patients Education And Counseling* 18;139–147.
- 82-** Pınar R, Arslanoğlu I, İşgüven P, Cizmeci F, Günoz H (2003) Self- Efficacy and İts İnterrelation with Family Environment and Metabolic Control İn Turkish Adolescents With Type 1 Diabetes, *Pediatric Diabetes*, 4;168–173.
- 83-** Dishman R, Molt R and all (2005) Self-Management Strategies Mediate Self-Efficacy and Physical Activity, *American Journal Of Preventive Medicine*, 29(1);10–18.
- 84-** Yeşilbalkan Ö, Karadakovan A, Ünal B (2005) Periton Diyalizi Hastalarının Genel Öz Yeterlilikleri, *Nefroloji Hemşireliği*, ss:39–44.
- 85-** Şireci E. Karabulutlu, Yılmaz E. Tip 2 Diabetes mellituslu hastaların hastalıklarını kabullenme ve kendi bakımlarındaki öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *journal of anatolia nursing and health sciences*, 2017, 20.1.

- 86-** Kıyak E, Ergüney S (2002) Hemodiyaliz Hastalarının Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi H.Y.O Dergisi, 5(1); 38–44.
- 87-** Kumar R, Lal R. The Role Of Self-Efficacy And Gender Difference Among The Adolescents. Journal Of The Indian Academy Of Applied Psychology 2006; 32(3): 249-54.
- 88-** Yanık Y. Erol Ö. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016;19:3.
- 89-** Doğan R. Ayaz S. Hemşirelerin Egzersiz Davranışları, Öz Yeterlilik Düzeyleri Ve İlişkili Faktörler, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015;18:4.
- 90-** Değirmenci A. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, İstanbul- 2006.
- 91-** Şentürk A, Levent BA, Tamam L. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda psikopatoloji. OMÜ Tıp Dergisi. 2000;17(3):163-72.
- 92-** Küçük L. Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ruhsal sorunlar. TNDT. 2005;4(4):166-170
- 93-** Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. Health Psychol. 1996;15(2):135-48.
- 94-** Asti T, Kara M, Ipek G, Erci B. The experiences of loneliness, depression, and social support of Turkish patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis and their caregivers. J Clin Nurs. 2006;15(4):490-7.
- 95-** Kahraman A, Çınar S, Pınar R. Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin İlişkisi. 16. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi, 2006. Antalya, Turkey.
- 96-** 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.
- 97-** Tan M. Okanlı A. Karabulutlu E. Erdem N. , Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek Ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 2, 2005.
- 98-** Kaya B. Taşkan H. Ateş F. Taycan S. ,Hemodiyaliz Ve Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Bozukluklar, Algılanan Sosyal Destek Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması, Klinik Psikiyatri 2012;15:144-152.

- 99-** Atik D. Atik C. Asaf R. Cinar S. The Effect of Perceived Social Support by Hemodialysis Patient on Their Social Appearance an Anxiety, *medicine science* 2015;4(2):2210-23.
- 100-** Mıstık S. Ünalın D. Tokgöz B. The Effect of Depression and Perceived Social Support Systems on Quality of Life in Dialysis Patient, *Turk neph dial transpl* 2017;26(1):23-28
- 101-** Çınar S. Psychosocial Adjustment and Social Support in Hemodialysis Patients, *Türkiye klinikleri j nurs sci* 2009;1(1).
- 102-** Demirbilek H. Ciğerli Ö. Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete Ve Depresyona Psikososyal Bakış Açısı, *Göztepe Tıp Dergisi* 25(4):177-181,2010.
- 103-** Yılmaz S. M. ,Hastalarının Sosyal Destek Algısı Ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, *Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2014*
- 104-** Avcı N. Otizimli Çocukların Ebeveynlerinin Evlilik Uyumluluğu Sosyal Destek Algıları Ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi, *Tıpta Uzmanlık Tezi, Diyarbakır 2017.*
- 105-** Çınar S. Hemodiyaliz hastalarında psikososyal uyum ve sosyal destek. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 1:12-18.
- 106-** Bağ E, Akkaya L, Çınar Z, Candan F, Kayataş M. Hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulanan hastalarda umut-umutsuzluk sosyal destek ve özyeterlilik. *TNDT Bildiri Özeti Kitabı. 2008;17(3):78.*
- 107-** Mollaoğlu M. ,Diyaliz Hastalarında Yeti Yitimi, Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Öz Yeterlilik Durumu, *TAF Prev Med Bull* 2011; 10(2): 181-186.
- 108-** Doğrusöz Y. , Hemodiyaliz, Periton Diyalizi Ve Renal Transplantasyon Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Buna Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi, *Tıpta Uzmanlık Tezi, Diyarbakır 2015.*

Ek 1

Sosyodemografik Veri Formu(Hasta)

Sayın katılımcı, aşağıdaki soruları size uygun olacak şekilde doldurunuz.

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
3. Medeni durumunuz : Evli Bekar Dul Boşanmış
4. Eğitim durumunuz: Okur yazar değil Ortaokul
 Okur yazar Lise
 İlkokul Üniversite
5. Nerede yaşıyorsunuz? İl İlçe Köy
6. Şu an herhangi bir işte çalışıyor musunuz? Hayır Evet
Bu soruya cevabınız evet ise ne iş yaptığınızı yazınız.....
7. Yaşadığınız evde ortalama aylık geliriniz? 0- 1000 TL
 1001- 2000 TL
 2001- 3000 TL
 3000 üzeri TL
8. Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi alıyorsunuz? 0- 2 yıl
 3- 5 yıl
 6- 10 yıl
 10 yıl üzeri
9. Aynı evde sizinle beraber kimler yaşıyor? Bu soruda birden fazla seçenek belirtebilirsiniz.
 Yalnız yaşıyorum Eş Çocuk Kardeş Anne- baba
Seçenekler dışında sizinle yaşayan başka birileri varsa belirtiniz.....
10. Sigara kullanıyor musunuz? Evet
 Hayır
11. Alkol kullanıyor musunuz? Evet
 Hayır
12. Böbrek hastalığınız dışında başka hastalığınız ya da hastalıklarınız var mı? Lütfen belirtiniz.....

Sosyodemografik Veri Formu(Kontrol)

Sayın katılımcı, aşağıdaki soruları size uygun olacak şekilde doldurunuz.

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz : Evli Bekar Dul Boşanmış

4. Eğitim durumunuz: Okur yazar değil Ortaokul
 Okur yazar Lise
 İlkokul Üniversite

5. Nerede yaşıyorsunuz? İl İlçe Köy

6. Şu an herhangi bir işte çalışıyor musunuz? Hayır Evet
Bu soruya cevabınız evet ise ne iş yaptığınızı yazınız.....

7. Yaşadığınız evde ortalama aylık geliriniz? 0- 1000 TL
 1001- 2000 TL
 2001- 3000 TL
 3000 üzeri TL

8. Aynı evde sizinle beraber kimler yaşıyor? Bu soruda birden fazla seçenek belirtebilirsiniz.

Yalnız yaşıyorum Eş Çocuk Kardeş Anne- baba

Seçenekler dışında sizinle yaşayan başka birileri varsa belirtiniz.....

9. Sigara kullanıyor musunuz? Evet
 Hayır

10. Alkol kullanıyor musunuz? Evet

Ek 2**ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ**

Açıklama: Aşağıda çeşitli konulardaki düşüncelerinizi öğrenmek üzere cümleler verilmiştir. Cümlede geçen ifadenin sizi ne kadar tanımladığını, lütfen, size uygun olan bölme işaretleyiniz.

Sizi ne kadar

tanımlıyor?

	<u>Sizi ne kadar</u>				
	Hiç				Çok
	1	2	3	4	5
1. Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.	1	2	3	4	5
2. Sorunlarımdan biri, bir işe zamanında başlayamamamdır.	1	2	3	4	5
3. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam, başarana kadar uğraşırım.	1	2	3	4	5
4. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.	1	2	3	4	5
5. Her şeyi yarım bırakırım.	1	2	3	4	5
6. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım	1	2	3	4	5
7. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.	1	2	3	4	5
8. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.	1	2	3	4	5
9. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim	1	2	3	4	5

10. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim	1	2	3	4	5
11. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.	1	2	3	4	5
12. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım	1	2	3	4	5
13. Başarısızlık benim azmimi arttırır.	1	2	3	4	5
14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.	1	2	3	4	5
15. Kendine güvenen biriyim.	1	2	3	4	5
16. Kolayca pes ederim.	1	2	3	4	5
17. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla baş edebileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5

EK 3

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

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

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

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet.

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

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet.

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

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

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

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

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

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

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar

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

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

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

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

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

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

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

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

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

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

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

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

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