

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA
SOSYAL DESTEĞİN ÖZ YETERLİLİĞE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe Gamze ELPE

İstanbul

Mart-2023

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA
SOSYAL DESTEĞİN ÖZ YETERLİLİĞE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe Gamze ELPE

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

İstanbul
March- 2023

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK (Islak İmza)

Üye Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER (Islak İmza)

Üye Doç. Dr. Berna DİNCER (Islak İmza)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Erhan İÇENER
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sosyal Desteğin Öz Yeterliliğe Etkisi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Ayşe Gamze ELPE

ÖN SÖZ

Tez çalışmam boyunca bana destek olan, bilgisini ve deneyimini benimle paylaşan ve ilgilenen Değerli Hocam ve Tez Danışmanım, Sayın Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK'e,

Tez çalışma sürecinde yardımını esirgemeyen Sayın Hocam Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER'e

Yaşamım boyunca yanımda olan ve güçlü olmamı sağlayan, bana her konuda destek veren, kendimi bildim bileli bana koşulsuzca sevildiğimi hissettiren Sevgili Aileme,

Eğitim hayatım boyunca emeğini hiçbir zaman üzerimden esirgemeyen ve tez dönemimde aramızdan ayrılan Güzel Yürekli Enişteme,

Desteğinden ve sevgisinden bir an bile mahrum kalmadığım, en büyük destekçim Canım Muhammed'e,

Yüksek lisans dönemim boyunca iş aksaklığına sebebiyet vermemek adına bana yardımcı olmaya çalışan tüm Mesai Arkadaşlarıma,

Ve tezimde gönüllü olarak araştırmaya katılan Katılımcılara,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

Ayşe Gamze ELPE
İstanbul-2023

ÖZET
HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA SOSYAL
DESTEĞİN ÖZ YETERLİLİĞE ETKİSİ

Ayşe Gamze ELPE

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Mart, 2023 –110 Sayfa

Araştırma, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sosyal desteğin öz yeterliliğe etkisinin belirlenmesi amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki araştırma Doğu Anadolu Bölgesi'nde bir ilin ve ilçelerinde yer alan hemodiyaliz merkezlerinde tedavi alan 159 hasta ile gerçekleştirildi. Veri toplama araçları olarak Hasta Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Student-t test, Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Test, Person Korelasyon analizi kullanıldı. Hemodiyaliz hastalarının yaş ortalaması, 57,65±9,88 yıl olup, %78'i evli %34,6'sı lise mezunu, %49,7'si ev hanımıdır. Hastaların ÇBASDÖ toplam, aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir kişi desteği alt boyut puan ortalamaları sırasıyla; 46,95±13,18, 14,31±4,67, 14,80±4,47, 17,84±4,49 olarak, GÖYÖ toplam ve başlama, yılmama, sürdürme çabası-ısrar alt boyut puanları sırasıyla; 55,97±14,35, 31,39±8,19, 16,43±4,28, 8,16±2,29 olarak bulundu. Hastaların yaşı, eğitim, medeni ve gelir durumu, aile tipi, hastalık süresi, kronik hastalık varlığı, hastalıkla baş etme gibi birçok özellikler ile sosyal destek ve öz yeterlilik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Hastaların sosyal destek ve öz yeterliliklerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Hemodiyaliz hastalarının sosyal destek ve öz yeterlilik düzeylerinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi ve yükseltilmesi için çalışmalar yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Sosyal Destek, Öz Yeterlilik, Hemşire.

ABSTRACT

THE EFFECT OF SOCIAL SUPPORT ON SELF-EFFICIENCY IN PATIENTS RECEIVING HAEMODIALYSIS TREATMENT

Ayşe Gamze ELPE

Master, Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

March, 2023 – 110 Pages

The study was conducted to determine the effect of social support on self-efficacy in patients receiving haemodialysis treatment. The descriptive and cross-sectional study was performed with 159 patients receiving treatment in haemodialysis centres located in a city and its districts in the Eastern Anatolia Region. Patient Information Form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and General Self-Efficacy Scale were used as data collection tools. Descriptive statistics, Student-t test, Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Test, and Pearson Correlation analysis were used to analyse the data. The mean age of haemodialysis patients was 57.65 ± 9.88 years, 78% were married, 34.6% were high school graduates, and 49.7% were housewives. Patients' mean MSPSS total, support from family, friend, and significant other subscale mean scores were 46.95 ± 13.18 , 14.31 ± 4.67 , 14.80 ± 4.47 and 17.84 ± 4.49 respectively. GSE total and starting, not giving up, trying to continue-persistence subscale scores were 55.97 ± 14.35 , 31.39 ± 8.19 , 16.43 ± 4.28 and 8.16 ± 2.29 , respectively. Statistically significant differences were found between the patients' age, education, marital and income status, family type, disease duration, presence of chronic disease, coping with the disease, and social support and self-efficacy subscale mean scores ($p<0.05$). Patients' social support and self-efficacy were found to be moderate. We may recommend carrying out studies to periodically evaluate and increase haemodialysis patients' social support and self-efficacy levels.

Key Words: Hemodialysis, Social Support, Self-Efficiency, Nurse.

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------------|
| TEZ ONAYI | i |
| BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ | ii |
| ÖN SÖZ | iii |
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT | v |
| İÇİNDEKİLER | vi |
| TABLolar LİSTESİ | ix |
| ŞEKİLLER LİSTESİ | x |
| KISALTMALAR | xi |
| | |
| BİRİNCİ BÖLÜM | 1 |
| GİRİŞ | 1 |
| | |
| İKİNCİ BÖLÜM | 4 |
| GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. Böbrekler..... | 4 |
| 2.2. Kronik Böbrek Hastalığı | 4 |
| 2.2.1. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri | 7 |
| 2.2.2 Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyolojisi | 7 |
| 2.2.3.Kronik Böbrek Hastalığı Etiyolojisi..... | 9 |
| 2.3. Kronik Böbrek Hastalığı Tedavisi | 10 |
| 2.3.1. Periton Diyaliz Tedavisi | 14 |
| 2.3.2. Hemodiyaliz Tedavisi | 15 |
| 2.4. Sosyal Destek | 20 |
| 2.6. Öz Yeterlilik..... | 22 |
| | |
| ÜÇÜNCÜ BÖLÜM | 26 |
| GEREÇ VE YÖNTEM | 26 |
| 3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü | 26 |
| 3.2. Araştırmanın Soruları..... | 26 |

| | |
|---|-----------|
| 3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı..... | 26 |
| 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 26 |
| 3.5. Veri Toplama Araçları | 27 |
| 3.5.1. Hasta Bilgi Formu | 27 |
| 3.5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)..... | 28 |
| 3.5.3. Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ)..... | 28 |
| 3.6. Verilerin Toplanması | 28 |
| 3.7. Araştırmanın Etik Boyutu | 28 |
| 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi | 29 |
| DÖRDÜNCÜ BÖLÜM | 30 |
| BULGULAR..... | 30 |
| 4.1. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Tanıtıcı Özellikler ile İlgili Bulgular.... | 31 |
| 4.2. Hastaların Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Görüşleri ile İlgili Bulgular | 33 |
| 4.3. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyut ile İlgili Bulgular | 35 |
| 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları ile İlgili Bulgular..... | 36 |
| 4.5. Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Görüşlerinin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları ile İlgili Bulgular | 43 |
| 4.6. Hastaların Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ile İlgili Bulgular | 47 |
| 4.7. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları ile İlgili Bulgular | 48 |
| 4.8. Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Görüşlerinin Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları ile İlgili Bulgular | 56 |
| 4.9. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ile Genel Öz Yeterlilik Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular | 60 |
| 4.10. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteğin Genel Öz Yeterliliğe Etkisi ile İlgili Bulgular | 63 |
| 4.11. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Başlama Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisi | 64 |
| 4.12. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Yılmama Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisi | 65 |
| 4.13. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Sürdürme Çabası Israr Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisi | 66 |

| | |
|----------------------------|-----------|
| BEŞİNCİ BÖLÜM | 67 |
| TARTIŞMA | 67 |
| | |
| ALTINCI BÖLÜM | 77 |
| SONUÇ | 77 |
| | |
| KAYNAKÇA | 79 |
| EKLER | 88 |
| ÖZGEÇMİŞ | 99 |



TABLolar LİSTESİ

| | |
|--|----|
| Tablo 2. 1: 2012 yılı KDIGO Kılavuzuna Göre Kronik Böbrek Hastalığı Kriterleri .. | 5 |
| Tablo 2. 2: Kronik Böbrek Hastalığının Klinik Bulguları | 5 |
| Tablo 2. 3: Kronik Böbrek Hastalığının Evrelere Göre Belirtileri, Tedavi ve Bakımı | 10 |
| Tablo 2. 4. Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları..... | 17 |
| Tablo 2. 5: Hemodiyalizin Kronik Komplikasyonları | 19 |
| Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı | 31 |
| Tablo 4.2: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Görüşlerine Göre Dağılımı..... | 33 |
| Tablo 4.3: Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı..... | 35 |
| Tablo 4.4: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması..... | 36 |
| Tablo 4.5: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Görüşlerinin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması..... | 49 |
| Tablo 4.6: Hastaların Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı | 47 |
| Tablo 4.7: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması..... | 48 |
| Tablo 4.8: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Görüşleri ile Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması..... | 56 |
| Tablo 4.9: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları ile Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki..... | 60 |
| Tablo 4.10: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanı Üzerine Etkisi | 63 |
| Tablo 4.11: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Başlama Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisi..... | 64 |
| Tablo 4.12: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Yılmama Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisi..... | 65 |
| Tablo 4.13: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Sürdürme Çabası Israr Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisi..... | 66 |

ŞEKİLLER LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Şekil 2. 1: Glomerüler Filtrasyon Hızı ve Albüminüri Kategorilerine Göre Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri..... | 7 |
| Şekil 2. 2: Türkiye’de Renal Replasman Tedavisi Gerektiren Son Dönem Böbrek Hastalığının İnsidansı ve Prevalansı | 8 |
| Şekil 2. 3: 2021 Yılı İçinde İlk Renal Replasman Tedavisi Olarak Hemodiyaliz Başlayan Tüm Hastaların Son Dönem Böbrek Hastalığı Etiyolojisine Göre Dağılımı | 9 |
| Şekil 2. 4: 2021 Yılı İçinde İlk Renal Replasman Tedavisi Olarak Hemodiyalize Başlayan Tüm Hastaların Hemodiyaliz Başlangıcındaki Damar Erişim Yoluna Göre Dağılımı | 16 |
| Şekil 2. 5: 2021 Yılı İçinde Renal Replasman Tedavisi Başlanan İnsidan Hastaların Uygulanan Renal Replasman Tedavi Tipine Göre Dağılımı | 16 |
| Şekil 4.1: Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin Dağılımı | 62 |

KISALTMALAR

AVG: Arteriyovenöz Greft

AVF: Arteriyovenöz Fistül

BUN: Blood Urea Nitrogen

CREDIT: Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevelans Çalışması

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

GFH: Glomerüler Filtrasyon Hızı

GÖYÖ: Genel Öz Yeterlilik Ölçeği

HBV: Hepatit B Virüsü

HCV: Hepatit C Virüsü

KBH: Kronik Böbrek Hastalığı

KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği

NFK-DOQI: Ulusal Böbrek Vakfı-Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi

ÖY: Öz Yeterlilik

PD: Periton Diyalizi

PTH: Paratiroid Hormon

RRT: Renal Replasman Tedavisi

SDBY: Son Dönem Böbrek Yetmezliği

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TND: Türk Nefroloji Derneği

UF: Ultrafiltrasyon

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Kronik böbrek hastalığı (KBH), ilerleyici, geri dönüşü olmayan böbrek fonksiyonlarının kaybıdır. Böbrek fonksiyonlarının kaybı kritik bir düzeye ulaştığında böbrek yetersizliği gelişir ve vücudun tüm organlarını etkileyen ciddi sorunlar ortaya çıkmaya başlamaktadır. Böbrek yetersizliğinin son aşaması olan son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) Glomerüler filtrasyon hızının (GFH) 15 ml dak/ 1,73 m²'den az olduğunda ortaya çıkmaktadır. Bu aşamada yaşamın sürdürülmesi için diyaliz veya transplantasyon uygulaması gereklidir (Akdemir, 2020; Sezen, 2013).

Kronik böbrek hastalığı, ülkemiz de dahil olmak üzere dünyada epidemik olmuş önemli bir halk sağlığı problemidir. Görülme sıklığı giderek artmakta, sebep olduğu yüksek morbidite-mortalite oranları ve hastalığın tedavi edilebilmesi amacıyla ihtiyaç duyulan renal replasman tedavilerinin (RRT) yüksek maliyeti sebebiyle topluma yük olabilecek bir hastalıktır. Artan KBH prevalansı kısmen yaşlanan nüfus, obezite ve diyabet oranlarındaki artış ve insidansının artması gibi risk faktörlerindeki artışa bağlanmaktadır. Böbrek hastalığının evresi ilerledikçe mortalite oranı artmakta ve 5. evrede olan hastalar için oran %19-24'e kadar yükselebilir (Bülbül ve Çelik, 2021).

Kronik böbrek hastalığının (KBH) en yaygın nedeni glomerüllerde meydana gelen hasarlanmadır. İlk sırada yer alan nedenler arasında diyabet (%35,54) ve hipertansiyon (%34,15) bulunmaktadır. Daha az yaygın etiyolojiler arasında ise diğer nedenlere bağlı gelişen glomerülnefritler, polikistik böbrek hastalıklarıdır (Seyahi vd., 2021). İlerlemiş SDBY tedavisinde hemodiyaliz, periton diyaliz ve transplantasyon gibi RRT yararlanılmaktadır. Bu tedaviden biri olan hemodiyaliz ile hastanın yaşantısında önemli farklılıklar ortaya çıkarmakta, hastayı makineye, kuruma, tedavi ekibine bağımlı hale getirmektedir (Bülbül ve Çelik, 2021; Muz ve Eğlence, 2013).

Haftada 2-3 kez, 4-6 saat kuruma tedavi için gitme ve makineye bağlanma zorunluluğu hastada, ailesinde, çalışma yaşamında, sosyal ilişkilerde, beden imgesinde değişime, ekonomik problemlere, yorgunluk, anksiyete, depresyon, yalnızlık, sıvı kısıtlaması, gelecek korkusu gibi birçok sorunlara neden olmaktadır (Alemdar ve Pakyüz, 2015; Tezel vd., 2011; Yanmış ve Mollaoğlu, 2021; Yucens vd., 2019). Aynı zamanda hemodiyaliz, kişinin sosyal yaşamını ve öz yeterliliğini etkilemektedir. Yaşanan bu

süreçte bireyin hayatındaki toplumsal ilişkiler ve sosyal destek çok önemlidir. Sosyal destek özellikle aile, arkadaş ve yakın çevresindeki bireylerin hastayı desteklemesi, tedavisi için iş birliğinde olmaları hastanın hastalığına uyumunu daha kolaylaştıracaktır. Duygusal, fiziksel ve maddi açıdan ilişkili olan sosyal ilişkiler ile elde edilir (Büyükbayram vd., 2021).

Sosyal destek, kişiyi stresin oluşturduğu negatif etkilere karşı korumakta, sağlığını yükseltmekte, benlik saygısını güçlendirmedir. Kişi yetilerinin yetersiz kaldığını ve tükendiğini hissettiği zaman ailesinden yaşamındaki önemli kişilerden destek almaktadır. Hemodiyaliz hastalarının en büyük desteği aile üyeleridir. Ayrıca hemodiyaliz tedavisi sürecinde yakın arkadaş ve akrabalar ile ilişkilerin güçlendirilmesi, sosyal faaliyetlerin devam ettirilmesi önemlidir (Atik vd., 2015; Büyükbayram vd., 2021; Doğan ve Öztürk, 2020). Hemşire hastayı bir bütün olarak ele almalı sadece hastalığının fiziksel seyri değil, bireyin sosyal ve psikolojik sorunları ile yakından ilgilenmelidir. Tedavi süresince hemşire bakıma aileyi de katarak hastaya destek olunmasını sağlamalıdır. Hemşirelerin desteği, hastanın ve özellikle ailesinin güçlenmesinde ve karşılaştıkları problemlerle baş etmelerinde önemlidir (Şahin, 2007). Sosyal desteği güçlü olan bireylerin, hastalıklara karşı daha dirençli olduğu, iyileşme süreçlerinin hızlandığı ve tedavi uyumlarının arttığı, yaşam güçlükleri ile baş edebildiği belirtilmektedir (Muz ve Eğlence, 2013).

Hemodiyaliz hastalarında sağlıklı davranışı başlatıp, devam ettirmede faydalanılan yollardan biri de, hastanın genel ve olaya özgü öz yeterlilik algısının yorumlanmasıdır. Öz yeterlilik, kişilerin gerçekleştirebileceği ihtimali olan durumlarla baş edebilmeleri için gereken eylemleri iyi bir şekilde yapabilmeleri ile ilgili yargılardır (Mollaoğlu ve Bağ, 2009).

Düşük öz yeterlilik durumu, depresyon, anksiyeteye neden olabilir. Hastaların özgüvenleri de düşük olduğundan, başarıları ve gelişimleri ile ilgili olumsuz düşüncelere sahiptirler (Muz ve Eğlence, 2013).

Güçlü öz yeterlilik durumunda ise hastalar başkalarına bağımlı olmadan günlük aktivitelerinin gerçekleştirilmektedir (Bektaş Akpınar vd., 2019). Sağlık çalışanlarının bireylerin sağlıkla ilgili davranış değişikliklerini başarılı bir şekilde başlatmaları ve sürdürebilmeleri için insan davranışları üzerinde etkili olan öz yeterlilik kavramını anlamaları, öz yeterliliği etkileyen faktörlerin neler olduğunu bilmeleri önemlidir.

Ayrıca sağlık profesyonellerinin, algılanan 6z yeterlilik durumundaki değişimleri tanıyarak destekleyici bir yaklaşım içinde olmaları gerekmektedir. Bu anlayışla hemodiyaliz tedavisi uygulan bireylerin sosyal destek ve 6z yeterliliklerinin artırılmasında sağlık profesyonellerine büyük g6revler ve sorumluluklar d6şmektedir (Mollaoğlu ve Bağ, 2009).

Bu bilgilerden yola 6ıkararak, araştırma; hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sosyal desteğin 6z yeterliliğe etkisinin belirlenmesi amacıyla ger6ekleştirilmiştir.



İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Böbrekler

Üriner sistem böbrekler, üreterler, mesane ve üretradan oluşur. Böbrekler anatomik olarak periton arkasındaki (retroperitoneal) boşlukta bulunur. Erişkin bir insanın böbreği, yaklaşık 120-170 gr ağırlığında 12-13 cm genişliğindedir. Sağ böbrek karaciğer basısı nedeniyle sola göre 1-2 cm daha aşağıda bulunur (Akdemir, 2020). Nefron böbreğin temel fonksiyonel birimidir. Her iki böbrekte de ortalama olarak iki milyon nefron bulunmaktadır (Sezen, 2013).

Böbreklerin yaşam için önemli olan birçok rolü vardır. Bu rolünü değişik fonksiyonları ile yerine getirir. Bu fonksiyonlar; idrar oluşumu, artık ürünlerin dışarıya atılması, elektrolit ve sıvı dengesinin düzenlenmesi, vücut sıvılarının osmolaritesinin ve elektrolit yoğunluğunun düzenlenmesi, arteryel kan basıncının düzenlenmesi, hormonların salgılanması, metabolizme edilmesi ve dışarı atılmasıdır (Akdemir, 2020).

2.2. Kronik Böbrek Hastalığı

Kronik hastalıklar, genelde yavaş ilerleyici olup düzenli ve uzun süreli tedaviyi, bakımı, izlemi gerektiren, fizyolojik fonksiyonlarda geri dönüşümü olmayan bozukluklara ve çeşitli değişikliklere yol açan hastalıklardır. Tıp alanındaki gelişmeler yaşam süresinin uzamasını ve birçok ülkede bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasını sağlamıştır. Ancak dünya nüfusunun giderek yaşlanması, hızlı gelişen kentleşme sonucunda ortaya çıkan stresörler ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte fiziksel aktivitenin yeterli olmaması, beslenme alışkanlıklarının değişmesi gibi yaşam şeklinde meydana gelen değişiklikler kronik hastalıkların artışına neden olmuştur (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014).

Kronik böbrek hastalığı (KBH), ilerleyici ve geri dönüşümü mümkün olmayan nefronların kaybı ile karakterize olan ve çeşitli hastalıklara bağlı olarak gelişen bir hastalıktır (Çevik, 2020). GFH azalmasıyla vücuttaki sıvı elektrolit dengesinin korunmasında ve artık ürünlerin süzme işlemiyle dışarıya atılmasında rol oynayan böbreklerin işlevlerindeki bozulmayı anlatan böbrek hastalığı, akut ya da kronik

olabilmektedir. İşlevlerdeki bozulma geri dönüşümü mümkün olmayan hal aldığıında KBH gelişmektedir (Keskin, 2015). Tablo 2.1.'de 2012 yılı KDIGO kılavuzuna göre KBH kriterleri yer almaktadır (KDIGO, 2012).

Tablo 2.1: 2012 yılı KDIGO Kılavuzuna Göre Kronik Böbrek Hastalığı Kriterleri

| KBH Kriterleri (En az biri 3 aydan uzun süredir var olmalı) | |
|--|--|
| Böbrek Belirteçleri | <p>Albüminüri (AER \geq30 mg/24 saat; ACR \geq30mg/gr)</p> <p>İdrar sediment anormallikleri</p> <p>Tübüler bozukluklara bağlı anormallikler</p> <p>Histolojik olarak saptanmış anormallikler</p> <p>Görüntüleme ile saptanmış yapısal anormallikler</p> <p>Böbrek nakli öyküsü</p> |
| GFH Azalması | GFH $<$ 60ml/dk/1,73 m ² |

Kaynak: KDIGO, 2012

Kronik böbrek hastalığından etkilenmeyen organ veya sistem hemen hemen yoktur. KBH'nin klinik bulguları Tablo 2.2'de yer almaktadır (Tanrıverdi vd., 2010).

Tablo 2. 2: Kronik Böbrek Hastalığının Klinik Bulguları

| SİSTEMLER | BULGULAR |
|-------------------------------------|--|
| Sıvı-Elektrolit Bozuklukları | Hipovolemi, hipernatremi, metabolik asidoz, hipervolemi, hipopotasemi, hiperfosfatemi, hipermağnezemi |
| Sinir Sistemi | Stupor, konuşma bozuklukları, koma, demans, konvülsiyon, baş ağrısı, meningism, tik, myoklonus, kramp, konsantrasyon bozuklukları, uyku bozuklukları, ruhsal bozukluklar konvülsiyon, polinöropati, sersemlik, irritabilite, huzursuz bacak sendromu, ter fonksiyonlarında bozulma |

Kaynak: Tanrıverdi vd., 2010

Tablo 2.2: Kronik Böbrek Hastalığının Klinik Bulguları (Devamı)

| SİSTEMLER | BULGULAR |
|----------------------------------|---|
| Hematoloji- İmmünoloji | Normokromnormositer anemi, eritrosit fragilitesinde artma, kanama, lenfopeni, infeksiyonlara yatkınlık, immün hastalıkların yatışması, kanser, mikrositik anemi, aşılamaya cevapta azalma |
| Kardiyovasküler Sistem | Perikardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomyopati, hızlanmış ateroskleroz, aritmi, kapak hastalığı |
| Pulmoner Sistem | Plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem |
| Cilt | Kaşıntı, 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, D vitamini metabolizması bozuklukları, artrit |
| Gastrointestinal Sistem | Asit, hıçkırık perforasyon, parotit, intestinal obstrüksiyon, gastrit, iştahsızlık, pankreatit stomatit, bulantı, kusma, kronik hepatit, gis kanama, özafajit |
| Diğer | Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, akkiz renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu, noktüri |

Kaynak: Tanrıverdi vd., 2010

2.2.1. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri

2012 yılı KDIGO Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Yönetim Kılavuzu kronik böbrek hastalığında GFH ve albüminüri kategorilerine göre kronik böbrek hastalığının seyrini düşük risk (Böbrek hastalığının diğer belirtileri, kronik böbrek yetmezliği yoksa), orta derecede artmış risk, yüksek risk ve çok yüksek risk şeklinde kategorize etmiştir. Şekil 2.1’de 2012 yılı KDIGO kılavuzunda belirtilen GFH ve albüminüri kategorilerine göre KBH evreleri yer almaktadır (KDIGO, 2012).

| GFH Evreleri | GFH (ml/dk/1.73 m ²) | Tanımlar |
|---------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| G1 | ≥90 | Normal veya yüksek |
| G2 | 60-89 | Hafif azalmış |
| G3a | 45-59 | Hafif-orta derecede azalmış |
| G3b | 30-44 | Orta-şiddetli derecede azalmış |
| G4 | 15-29 | Şiddetli azalmış |
| G5 | <15 | Böbrek yetmezliği |
| Albüminüri Evreleri | AER (mg/gün) | Tanımlar |
| A1 | <30 | Normal/yüksek normal |
| A2 | 30-300 | Yüksek |
| A3 | >300 | Çok yüksek |

Şekil 2.1: Glomerüler Filtrasyon Hızı ve Albüminüri Kategorilerine Göre Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri

Kaynak: KDIGO, 2012

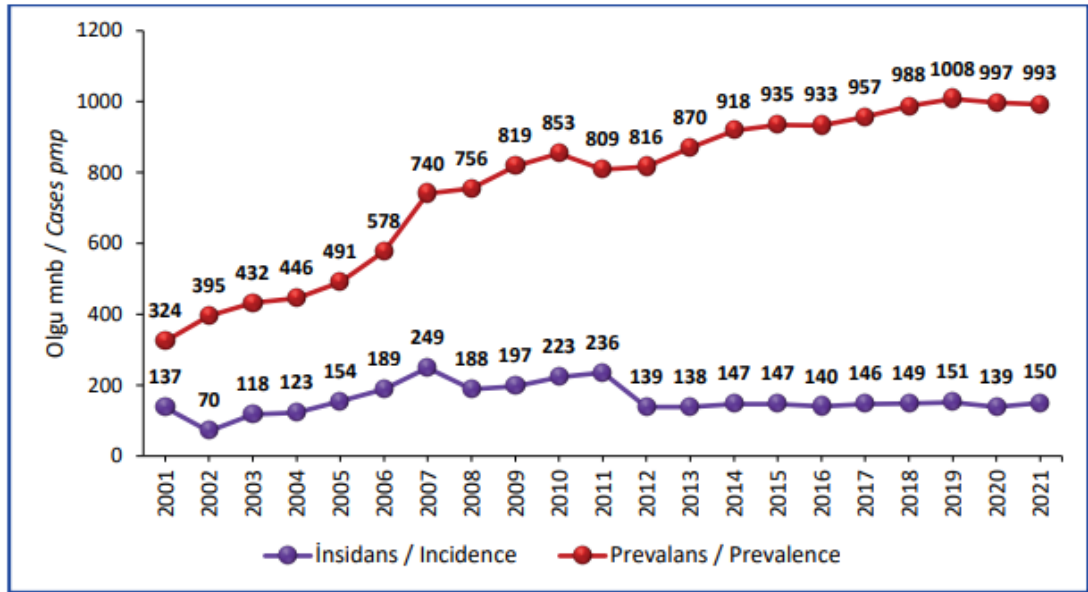
2.2.2 Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyolojisi

Kronik böbrek hastalığı, olumsuz klinik sonuçlar doğuran, ülkemizde olduğu gibi tüm dünyada da tanı konulması gittikçe artan, fazla maliyet gerektiren halk sağlığı problemidir (Beerappa ve Chandrababu, 2019; Süleymanlar vd., 2017). Gün geçtikçe prevalansı artan KBH, dünya nüfusu üzerinden insanların %10-15’ini etkilemektedir (Mills vd., 2015).

Dünya üzerinde 500 milyondan fazla bireyin KBH’e tanısı konulduğu bilinmektedir. Bu verilere göre 9 ile 10 yetişkin bireyden bir tanesinde evreleri farklı olarak KBH olduğu düşünülmektedir (Süleymanlar vd., 2017). Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından KBH’nin prevalansını belirlemeye yönelik, yapılan ve en geniş kapsamlı

çalışma olan CREDIT (Chronic Renal Disease in Turkey/ Türkiye kronik böbrek hastalığı prevalans çalışması) çalışması sonuçlarına bakıldığında, 23 ilden küme örneklem yöntemiyle seçilen 18 yaş ve üzeri yetişkin 10 bin 748 hastanın %15,7'sinde KBH olduğu tespit edilmiştir. Çalışmalar sonucunda elde edilen bu orana bakıldığı zaman, Türkiye'deki 6-7 yetişkinden birinde totalde ise 7,5 milyon insanın farklı evrelerde olmak üzere KBH'ye sahip olduğu bildirilmiştir (TBHÖKP, 2014).

Gerek Amerika Birleşik Devletleri'nde ve gerekse ülkemizde özenle yapılan bu önemli araştırmalar sonucuna bakıldığında, dünyanın pek çok yerinde olduğu gibi KBH ve dolayısı ile SDBY kritik ve önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu ortaya çıkmaktadır (Beerappa ve Chandrababu, 2019; Süleymanlar vd., 2021). Öte yandan TND'nin Kayıt Sistemi raporunun 2021 yılı verilerine bakıldığı zaman; (çocuk hastalar dâhil) RRT gerektiren SDBY noktasında prevalansı milyon başına 993 ve RRT insidansı da milyon başına 150 olarak hesaplanmıştır ve gelinen son durum Şekil 2.2'de ortaya konulmuştur (Seyahi vd., 2021).



Şekil 2.2: Türkiye'de Renal Replasman Tedavisi Gerektiren Son Dönem Böbrek Hastalığının İnsidansı ve Prevalansı

Kaynak: Seyahi vd., 2021

2.2.3.Kronik Böbrek Hastalığı Etiyolojisi

Kronik böbrek yetmezliği, pek çok neden sonucunda gelişebilmektedir. Bu nedenlerin sıralaması ülkeye, yaşa, cinsiyete ve ırka göre değişkenlik gösterebilmektedir (Sipahioğlu, 2010). TND Registry 2021 verilerine göre, hemodiyaliz uygulanan hastaların etyolojisinde ilk üç sırada diyabet (%35,54), hipertansiyon (%34,15) ve glomerülonefrit (%3,31) yer almaktadır. Şekil 2.3'te Registry 2021 yılında hemodiyaliz vakalarının etiyolojik dağılımları yer almaktadır (Seyahi vd., 2021)

| | n | % |
|--|-------|--------|
| Diabetes mellitus / Diabetes mellitus | 2.048 | 35,54 |
| Tip 1 DM / Type 1 DM | 338 | 5,87 |
| Tip 2 DM / Type 2 DM | 1.710 | 29,67 |
| Hipertansiyon / Hypertension * | 1.968 | 34,15 |
| Glomerülonefrit / Glomerulonephritis | 191 | 3,31 |
| Polikistik böbrek hastalıkları / Polycystic kidney diseases | 159 | 2,76 |
| Renal vasküler hastalık / Renal vascular disease | 61 | 1,06 |
| Amiloidoz / Amyloidosis | 48 | 0,83 |
| Obstrüktif nefropati / Obstructive nephropathy | 47 | 0,82 |
| Tübülointerstisyel nefrit / Tubulointerstitial nephritis | 42 | 0,73 |
| Diğer nedenler / Miscellaneous | 456 | 7,91 |
| Etiyolojisi bilinmeyen / Unknown etiology | 743 | 12,89 |
| Toplam / Total | 5.763 | 100,00 |

Şekil 2.3: 2021 Yılı İçinde İlk Renal Replasman Tedavisi Olarak Hemodiyaliz Başlayan Tüm Hastaların Son Dönem Böbrek Hastalığı Etiyolojisine Göre Dağılımı

Kaynak: Seyahi vd., 2021

Türkiye’ de elde edilen verilere oranla RRT gerektiren SDBY prevalansındaki bu artış eğilimi, özellikle KBH’nın geldiği kritik boyutu gözler önüne koymaktadır. Sağlık sektöründe günümüz çağında artan teknolojik uygulamalar ve yöntemler sayesinde, insan ömründe uzamaya ve dolayısı ile uzayan ömrün karşılığı olarak da KBH hasta sayısının da artacağı öngörülmektedir. Bu nedenle gelecekte öngörülen prevalansların düşürülmesi açısından, GFH’si düşen hastaların erken teşhis edilmesi ve gerekli tedavilerin yapılması oldukça önemlidir (Funakoshi vd., 2013; Tümer, 2019).

2.3. Kronik Böbrek Hastalığı Tedavisi

Fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme, hastanın tıbbi, demografik ve psikososyal durumuna göre KBH tedavisine başlanmaktadır. KBH evrelere göre belirtileri, tedavi ve bakımı Tablo 2.3'te yer almaktadır (Topbaş, 2015).

Tablo 2.3: Kronik Böbrek Hastalığının Evrelere Göre Belirtileri, Tedavi ve Bakımı

| EVRE | BELİRTİLER | TEDAVİ-BAKIM |
|---------------|---|--|
| Evre 1 | KBH'nın bu evresi belirti vermez. GFH'da düşme dışında klinik ve laboratuvar bulgusu yoktur. | *KBH tanımlanır ve uygun tedavi seçeneği sunulur. *Kardiyovasküler risk faktörleri belirlenir. *Kan basıncı ölçümlerinde dikkatli olunmalı. *Glikoz kontrolü sağlanır, kilo takibi ve uygun kilo planlaması yapılır ve kolesterol seviyesi ölçülür *Yıllık GFH ölçülmeli. *Eğer stikle ölçümde protein varsa yıllık idrarda PKÖ (protein-kreatin ölçüm), AKÖ (albumin-kreatin ölçüm) bakılır. *Sağlığı koruyucu davranışların gelişmesi ve (sigara, alkol, nefrotoksik ajanlardan (ilaç ve bitkiler vb.) uzak durması sağlanmalı |

Kaynak: Topbaş, 2015

Tablo 2.3: Kronik Böbrek Hastalığının Evrelere Göre Belirtileri, Tedavi ve Bakımı (Devamı)

| EVRE | BELİRTİLER | TEDAVİ-BAKIM |
|---------------|--|--|
| Evre 2 | <p>Ulusal Böbrek Vakfı-Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi'ne (NFK-DOQI) göre (GFH 60-89 ml/ dk/1.73m²) hastanın ısrarlı mikroalbüminüri (albümin/kreatin oranı ile ölçülür), ısrarlı proteinüri, ısrarlı hematüri, böbreğin yapısal anormallikleri, biyopsi ile kanıtlanmış glomerülo nefriti yoksa KBH'lı olarak kabul edilmemeli veya daha fazla araştırma konusu yapılmamalıdır. GFH'nin değişiklik oranı, hastalığın ilerlemesi dikkate alındığında önemlidir ve sevke gerek vardır. Altı ay ya da üstündeki bir süre boyunca GFH'de <2 ml/dk/1.73m² 'lik bir düşme varsa GFH stabil kabul edilir. NFK-DOQI'nın Evre 2'deki hastaları KBH'na dahil etme nedeni önemli ölçüde böbrek hasarına karşın GFH'nin normal ya da artmış düzeylerde sürdürülebileceği ve böbrek hasarı olan kişilerin, böbrek yetmezliği ve kardiyovasküler hastalık gelişimi açısından yüksek risk altında olmasındandır.</p> | <p>*Glikoz kontrolünün iyi ayarlanması, kan basıncı tedavisi ve izlenmesi. *Kendi öz bakım gücü ve yaşam stili değişiklikleri konusunda hastalar cesaretlendirilmeli (düzenli egzersiz yapma, sigara ve alkolü bırakma vb). *Kolesterol seviyesi izlenmeli. *Yıllık GFH ölçülmeli. *İlaç tedavisine uyumları sağlanmalı.</p> |

Kaynak: Topbaş, 2015

Tablo 2.3: Kronik Böbrek Hastalığının Evrelere Göre Belirtileri, Tedavi ve Bakımı (Devamı)

| EVRE | BELİRTİLER | TEDAVİ-BAKIM |
|---------------|---|---|
| Evre 3 | <p>GFH\geq3 ay boyunca 60 ml/dk/1.73m² veya daha altına inmesi bu hastaların böbrek işlev düzeyinin yarısının ya da daha fazlasının kaybolduğunu gösterir. Bu evrede fonksiyonel noktirü, poliüri, anemi, Blood Urea Nitrogen (BUN) ve kreatinde artış, idrar konsantrasyonunda azalma görülmektedir.</p> | <p>*Kan basıncı iyi kontrol edilmeli.</p> <p>*6 ayda bir GFH, hemoglobin, kalsiyum, fosfat ve potasyum kontrolü yapılmalı.</p> <p>*Eğer GFH’de hızlı bir düşme, mikroskopide hematüri varsa, tansiyon kontrol edilemiyorsa, idrarda PKÖ 45 mg/mmol ve AKÖ >30 mg/mmol ise rutin olarak nefroloji servisine gidilmeli.</p> <p>*Bütün ilaçları gözden geçirilmeli uygun doz ayarlanmalı.</p> <p>*Malnütrosonu önleyen diyet önerilmeli.</p> <p>*Psikolojik destek sağlanmalı.</p> <p>*Hastalar RRT konusunda bilgilendirilmeli.</p> <p>*Kilo ve ödem takibi yapılmalı.</p> <p>*Diyabetik hastalarda proteinüriyi önlemek için hastaların kan basıncı ve kan glikoz seviyesi kontrol altına alınmalı, ilaçlarını düzenli alması, diyetine dikkat etmesi sağlanmalı.</p> |

Kaynak: Topbaş, 2015

Tablo 2.3: Kronik Böbrek Hastalığının Evrelere Göre Belirtileri, Tedavi ve Bakımı (Devamı)

| EVRE | BELİRTİLER | TEDAVİ-BAKIM |
|---------------|---|--|
| Evre 4 | GFH'deki düşmeyle birlikte üremik semptomlar belirginleşir. Hiperfosfatemi, hipokalsemi, renal osteodistrofi, metabolik asidoz, anemi, gastrointestinal (bulantı, kusma, iştahsızlık, kanama) ve nörolojik bulgular (üremik nöropati, üremik ensefalopati) görülür. | <p>*3 ayda bir hem GFH ölçülmeli hem de evre 3'deki kan ölçümlerine ek olarak bikarbonat ve paratiroid hormon (PTH) seviyesi ölçülmeli.</p> <p>*Hepatit B aşısı tekrarlanmalı (Anti-HB stitresi<10 mIU/ml).</p> <p>*Hastalar RRT'ye hazırlanmalı ve dikkatli yönetilmeli.</p> <p>*Primer ve sekonder bakım arasında etkili bağlantı sağlanmalı.</p> <p>*Devamlı diyaliz tedavisi sağlanmalı.</p> <p>*Kardiyovasküler komplikasyonların ve kemik hastalıklarının yönetilmesi çok önemlidir.</p> <p>*Diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı ve eczacı ekibe alınmalı.</p> <p>*Renal anemi ve renal kemik hastalığı tedavi edilmeli.</p> |
| Evre 5 | Üremik semptomlar şiddetlenir, idrar miktarı azalır, tüm organ ve sistemlerle ilgili bulgular ortaya çıkar ve RRT'ye ihtiyaç duyulur | <p>*Evre 4'tekiler aynen yapılır.</p> <p>*Renal replasman tedavisine başlanmalı ve dikkatli tedavi yaklaşımı sağlanmalı.</p> <p>*Malnitrusyon önlenmeli.</p> <p>*Genel sağlık ve iyilik hali sağlanıp, korunmalı.</p> |

Kaynak: Topbaş, 2015

Kronik böbrek hastalığı tanısı almış hastalarda RRT transplantasyon ve diyaliz olarak uygulanmaktadır. Diyaliz tedavisi kendi içinde periton diyalizi ve hemodiyaliz olarak ikiye ayrılmaktadır (Yürügen vd., 2015).

Böbrek hasarının ilerlemesi veya tedavi görmemiş akut böbrek yetmezliğinin sonucunda KBY, ortaya çıkmaktadır. Böylelikle RRT almayan hastalarda ne yazık ki

ölüm hızlı bir şekilde gerçekleşmektedir. Bu nedenle KBY hastaları için en önemli tedavi, transplantasyondur. Bu durumda hastalar transplantasyon için uygun donörün bulunmasını beklerken, bir diğer yandan uygulanabilecek kurtarıcı tedavi ise diyalizdir (Akoğlu ve Süleymanlar, 2005).

Diyaliz; akut ve kronik böbrek yetersizliklerinde kanda metabolik atıkların ve toksik maddelerin birikimi durumunda, sıvı elektrolit, asit ve baz dengesizliklerinin düzeltilmesinde kullanılan bir tedavi yöntemidir (Akdemir, 2020). Yarı geçirgen bir membran aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-solid değişiminin esas olduğu bir tedavi şeklidir (Süleymanlar vd., 2017). Diyaliz tedavisindeki en önemli amaç; kreatin veya üre gibi protein metabolizmasının atıklarını vücuttan dışarıya atmak, bir diğer yandan serum elektrolitlerini dengede kalmasını sağlamak, bikarbonat tampon sisteminin fonksiyonunu diyaliz cihazıyla sağlayarak asit baz dengesini stabilize etmek ve böylelikle vücuttaki fazla sıvıyı atmaktır (Başer, 2018).

2.3.1. Periton Diyaliz Tedavisi

Periton diyalizi, hastaların periton boşluğuna yerleştirilen bir kateter aracılığıyla diyaliz işleminin gerçekleştirildiği bir yöntemdir (Şahin, 2008). Periton diyalizinde periton boşluğu, periton zarı ve diyalizatlar kullanılmaktadır (Bakoğlu vd., 2009). Amacı toksik ve metabolik ürünleri (üre, kreatinin) vücuttan uzaklaştırmak, normal sıvı ve elektrolit dengesini yeniden sağlamaktır (Gurlaş, 2016). Kanda biriken toksik maddeler yarı geçirgen zar görevi yapan periton aracılığıyla diyalizata geçer. Sonrasında ise periton boşluğuna verilen diyalizat drene edilir. Bu işlem yaklaşık 15-20 dk sürmektedir (Bakoğlu vd., 2009). Bu işlem genel olarak haftanın yedi günü günde dört veya daha fazla uygulanır. Hasta tüm bu işlemleri kendisi ya da bir yakını tarafından konfor alanından çıkmadan istediği zaman aralığında yapmaktadır (Alakaş, 2021).

2.3.2. Hemodiyaliz Tedavisi

Hemodiyaliz, kronik ve akut böbrek yetmezliği olan hastalarda, metabolizma sonucu oluşan atıklar ve toksik maddelerin süzgeç niyetine kullanılan yarı geçirgen bir membran yardımıyla kandan uzaklaştırılması, sıvı elektrolit ve asit baz dengesizliklerinin düzeltilmesinde kullanılan hastanın diyetine uyumu ve böbrek fonksiyonlarının durumuna göre haftada 2-4 kez 4-6 saat uygulanan konservatif bir tedavi yöntemidir (Akpolat ve Utaş, 2008; Dinç, 2020; Yürügen vd., 2015).

Hemodiyaliz tedavisini en iyi şekilde yerine getirebilmek için yeterli miktarda kan akışını sağlayan damar giriş yolu, hemodiyaliz membranı, hemodiyaliz cihazı, diyalizat solüsyonuna gereksinim duyulur. Damar giriş yolu için; arteriyovenöz fistül (AVF), arteriyovenöz greft (AVG) ve kalıcı/geçici kateter kullanılmaktadır. AVF ameliyat ile steril bir ortamda ven ve arterin birleştirilip ağzlaştırılması ile yapılmaktadır. AVG'de ise bir greft yardımı ile yeterli kan akışının sağlanması amacıyla yapay ven oluşturulmasıdır. Hemodiyaliz tedavisinde trombüsün, anevrizmanın ve enfeksiyonun sık aralıklarla görülüyor ise AVG kullanılmalıdır (Biçer, 2020). AVF'ye bağlı komplikasyonların önlenmesi için; bireyin girişim olan bölgeyi travmalardan koruması, o bölgeden kan basıncı ölçülmemesi veya kan alınmaması, o kol ile ağır kaldırmaması, üzerini sıkkan saat, giysi vs. olmaması, fistül ayak üzerinde ise uzun süre ayakta kalmaması gerekmektedir (Akdemir, 2020). Hemodiyalizde geçişi kan ve diyaliz sıvısı arasında her iki yönde de olabilmektedir. Kanda birikmiş olan üre, ürik asit, kreatinin, sülfat, fosfat, sodyum, potasyum, magnezyum gibi solütler diyaliz sıvısına geçerken; diyaliz sıvısındaki bikarbonat, kalsiyum ve dekstroz da kana geçer. Fazla sıvı da diyaliz solüsyonuna karışarak vücuttan uzaklaştırılmış olur. Yarı geçirgen membran su ve küçük molekülleri geçirebilirken, protein ve kan hücreleri gibi yapıları geçiremez (Süleymanlar vd., 2018). Şekil 2.4'te 2021 yılı içinde ilk RRT olarak hemodiyalize başlayan tüm hastaların hemodiyaliz başlangıcındaki damar erişim yoluna göre dağılımı yer almaktadır (Seyahi vd. 2021).

| | n | % |
|---|-------|--------|
| AV fistül / AV fistula | 2.628 | 27,61 |
| AV greft / AV graft | 37 | 0,39 |
| Kalıcı (tünelli) kateter / Permanent (tunnelled) catheter | 4.848 | 50,94 |
| Geçici (tünelsiz) kateter / Temporary (untunnelled) catheter | 2.004 | 21,06 |
| Toplam / Total | 9.517 | 100,00 |

Şekil 2.4: 2021 Yılı İçinde İlk Renal Replasman Tedavisi Olarak Hemodiyalize Başlayan Tüm Hastaların Hemodiyaliz Başlangıcındaki Damar Erişim Yoluna Göre Dağılımı

Kaynak: Seyahi vd. 2021

Türk Nefroloji Derneği Registry 2021 verilerine göre, renal replasman tedavisi insidansı Şekil 2.5'te Registry 2021 yılı içinde RRT başlanan insidan hastaların uygulanan RRT tipine göre dağılımı yer almaktadır (Seyahi vd., 2021).

| | n | % |
|---|--------|--------|
| Merkez hemodiyalizi / In-center hemodialysis | 9.478 | 74,86 |
| Ev hemodiyalizi / Home hemodialysis | 39 | 0,31 |
| Periton diyalizi / Peritoneal dialysis | 1.269 | 10,02 |
| Böbrek transplantasyonu / Kidney transplantation * | 1.875 | 14,81 |
| Toplam / Total | 12.661 | 100,00 |

Şekil 2.5: 2021 Yılı İçinde Renal Replasman Tedavisi Başlanan İnsidan Hastaların Uygulanan Renal Replasman Tedavi Tipine Göre Dağılımı

Kaynak: Seyahi vd., 2021

2.3.2.1. Hemodiyaliz Tedavisi Komplikasyonları

Böbrek yetmezliğine bağlı ortaya çıkan belirti ve bulgular hemodiyaliz tedavisi ile kontrol altına alınırken, tedavi süreci ve yaşamın hemodiyaliz makinesine bağlı sürdürülmesi farklı sorunlara yol açmaktadır. Böbrek yetmezliğine bağlı ortaya çıkan belirti ve bulgular hemodiyaliz tedavisi ile kontrol altına alınırken, tedavi süreci ve yaşamın hemodiyaliz makinesine bağlı sürdürülmesi akut ve kronik komplikasyonlara

neden olabilmektedir (Şanlıtürk vd., 2018; Yürügen vd., 2015). Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları Tablo 2.4.'te yer almaktadır (Şanlıtürk vd., 2018).

Tablo 2.4. Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları

| | |
|-------------------------------------|---------------------|
| Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları | Hipotansiyon |
| | Kas krampları |
| | Bulantı kusma |
| | Kaşıntı |
| | Yorgunluk-güçsüzlük |
| | Uyku sorunları |
| | Enfeksiyon |
| | Depresyon-anksiyete |

Kaynak: Şanlıtürk vd., 2018

Hipotansiyon, hemodiyalizin en sık görülen komplikasyonudur. Özellikle yaşlılarda, diyabetiklerde ve kardiyovasküler problemlere sahip bireylerde daha sık görülmektedir. Her seansta yaklaşık olarak %20-30 oranında hipotansiyonla karşılaşmaktadır (Yürügen vd., 2015).

Hemodiyaliz hastalarında sıklıkla yaşanan bir diğer sorun ise kas kramplarıdır. Kas kramplarının muhtemel sebebi olarak yoğun ultrafiltrasyon (UF) ve diyalizat solüsyonunda sodyum düşüklüğü gösterilmektedir (Prabhakar vd., 2015). Hastalar yaşadıkları bu sorunları gidermek için çeşitli yöntemlere başvurmaktadır. Yapılan bir çalışmada, hastaların kas kramplarını gidermek için uyuma, masaj yapma ve ilaç alma gibi yöntemlere başvurdukları belirtilmiştir (Şanlıtürk vd., 2018).

Diyaliz esnasında görülen bulantı ve kusmanın en önemli nedenleri uygulanan aşırı UF nedeni ile ortaya çıkan hipotansiyon, üremi, yetersiz diyaliz, hiperkalsemi ve disequilibrium sendromudur (Şanlıtürk vd., 2018).

Kaşıntı hemodiyaliz hastalarının sık yaşadığı, prevalansı %20-90 arasında değişen rahatsız edici bir semptomdur. Kaşıntı uyku kalitesi başta olmak üzere hastanın yaşam kalitesini bozmaktadır. Hemodiyaliz hastalarında görülen kaşıntının nedenleri arasında sekonder hiperparatroidizm, hiperfosfatemi, deride kalsiyum- fosfat depolanması, kuru deri, yetersiz diyaliz, anemi, demir eksikliği ve hipersensitivitesi

düşük olan diyaliz araçları ile diyaliz işleminin yapılması sayılabilir (Yürügen vd., 2015).

Kas zayıflığı, atık ürünlerin birikmesi, inflamatuvar süreçler gibi durumlarda ortaya çıkan ve engellenmeyen bir tükenme duygusu olarak tanımlanan yorgunluk hastalar tarafından yoğun şekilde yaşanan bir semptomdur. KBH'da sıvı-elektrolit dengesinin ayarlanamaması, hematopoetik, metabolik ve endokrin fonksiyonların yerine getirilememesi nedeni ile yorgunluk oluşmaktadır. Yorgunluk ve güçsüzlük, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemelerinin yanı sıra yaşamı tehdit edici olmaları nedeniyle önem taşımaktadır (Şanlıtürk vd., 2018).

Hemodiyaliz hastalarında %60-80 oranında görülen uyku sorunları, hastaların yaşam kalitelerini bozmalarının yanı sıra mortalite oranını da artırıcı etkiye sahiptir. Uyku sorunları arasında uykuya dalmakta gecikme, sık uyanma, gündüz uyuklama huzursuz bacak sendromu sayılabilir. Hemodiyaliz hastalarının yaşadığı uyku sorunlarını tek bir nedene bağlamak doğru olmaz. Hastaların yaşadığı kaşıntı ve huzursuz bacak sendromuna yoğun hemodiyaliz seanslarında uyuyakalmak, günlük yaşamdan kaynaklı anksiyete, hastalığa bağlı depresyon ve antihipertansif ilaç kullanımı gibi faktörlerin neden olduğu düşünülmektedir (Şanlıtürk vd., 2018).

Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında enfeksiyona bağlı hastaneye yatışlar, morbidite ve mortalite oranlarında artış oluşturmaktadır. Hemodiyaliz hastalarındaki enfeksiyonların %70'ten fazlası vasküler giriş yeri ile ilişkilidir. Sıklıkla görülen diğer enfeksiyonlar ise kan yoluyla bulaşan Hepatit B Virüsü (HBV), Hepatit C Virüsü (HCV)'dür. KBH hastalarında ileri yaş, eşlik eden hastalıkların varlığı, aşı cevabının azlığı, immunsupressif tedavi, üremi, diyaliz girişim yolu, hastaneye yatış öyküsü ve diyaliz seçimi gibi çok sayıda potansiyel risk faktörü enfeksiyona yatkınlık oluşturmaktadır (Yürügen vd., 2015).

Depresyon ve anksiyete bozuklukları hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkileyen hastalıklardır. Hemodiyaliz tedavisinin sabah olması, ileri yaş, düşük hemoglobin ve fosfat düzeylerinin depresyona zemin hazırladığı düşünülmektedir. Uzun süreli hemodiyaliz tedavisi kişilik ve yaşam stili değişikliklerine neden olarak hastaların depresyon ve anksiyete gibi psikososyal problemler yaşamalarına zemin hazırlamaktadır (Şanlıtürk vd., 2018).

Hemodiyaliz tedavisindeki gelişmelere rağmen, hastalar tedavi süresince sıvı-elektrolit bozuklukları, üremi, anemi, kanama, enfeksiyona eğilim, üremik kemik hastalığı, üremik kaşıntı, hiperlipidemi, endokrin anormallikler, fistül komplikasyonları, tromboz, vasküler yetmezlik, anevrizma, rüptür, fiziksel sorunlara bağlı fiziksel işlevsellikte ve genel sağlık algısında bozulma, psikososyal ve emosyonel sorunlara bağlı sorumlulukların yerine getirilmesinde güçlükler, uyku bozuklukları gibi pek çok göz ardı edilemeyecek sorunları deneyimlemektedir (Şanlıtürk vd., 2018; Yürügen vd., 2015). Hemodiyalizin kronik komplikasyonları Tablo 2.5.'de yer almaktadır (Dedeli Çaydam ve Çınar Pakyüz, 2016).

Tablo 2.5: Hemodiyalizin Kronik Komplikasyonları

| | |
|--|---|
| Üremiye spesifik komplikasyonlar | Kardiyovasküler komplikasyonlar, Enfeksiyöz komplikasyonlar, Gastrointestinal komplikasyonlar, Anemi, Kanama diatezi, Pulmoner komplikasyonlar, Kemik bozuklukları, Nörolojik komplikasyonlar, Karbonhidrat metabolizmasında bozulma, Protein malnütrisyonu Lipid metabolizması bozuklukları, Dermatolojik komplikasyonlar, Gonadal disfonksiyon, İmmünolojik anormallikler |
| Primer renal hastalıkla ilgili komplikasyonlar | Rezidüel renal fonksiyon kaybı, Kemik hastalığı, Primer renal hastalığa spesifik komorbid durumlar |

Kaynak: Dedeli Çaydam ve Çınar Pakyüz, 2016.

2.4. Sosyal Destek

Sağlığı korunmada rol alan; kişinin ihtiyaca gereksinim duyduğu her alanda bir rol üstlenen kişilerarası ilişkiler "Sosyal Destek Sistemleri" vurgusuyla tanımlanmaktadır. Kişinin fizik ve ruh sağlığına olumlu yönde katkı sağlayan sosyal destek; bireyde bir gruba ait olma, benlik saygısı, sevgi, şefkat gibi birçok gereksinimi karşılar (Ardahan, 2010).

Sosyal destek; saygı, sevgi, ilgi, değerli hissetme, başka bireylerle etkileşime girme, bir gruba ait olma, maddesel ihtiyaçlarını giderme, bilgiye ulaşma, düzenlenen sosyal etkinliklere yalnız katılmama gibi bireyin birçok ihtiyacını gidermek, yaşam kalitesini yükseltmek, kimlik duygusunu koruyup güçlenmesini destekleyerek kendine güvenin artmasıyla beden imgesinin güçlenmesine yol açmaktadır (Atik vd., 2015; Badur, 2009). Kişide iyileştirici etkisi olan sosyal destek sistemleri iki şekilde (formal ve informal) ele alınmaktadır. Sivil toplum kuruluşları ve gönüllülük arz eden kuruluşlardan oluşan sosyal destek sistemi formal destek sistemidir. Kişinin çevresinde yer alan anne, baba, eş, sevgili, komşular, arkadaşlar, akrabalar ise informal destek sistemini oluşturmaktadır (Dinç, 2020). Sosyal destek, bireyin değişen durumlarla başa çıkma, duruma uyum sağlama, başkalarıyla kurulan ilişkide, bireyin olgunlaşmasında yararlı etki sağlamaktadır. Sosyal destek kaynaklarının bireye sunduğu yardımlar şu şekildedir: Duygusal sosyal destek, diğer insanlar ile kurulmuş duygusal ilişkiler, ilgi, saygı, sevgi, şefkat, değer verme, yakınlık, duygularını açabilme gibi imkanlar sunduğu için birey duygusal ve zihinsel olarak kendini iyi hissetmektedir (Alakaş, 2021). Bilgi sağlayıcı sosyal destek, bir problem ya da sıkıntı karşısında bireyin farklı çözüm yolları olduğunu anlamasına ve görebilmesine yardım eder. Bireyin çevresindeki kişilerin, kendisinin yaşamını kolaylaştırıcı yönde fikirler vermesi, çeşitli öğüt ve öneriler ile telkinde bulunması, kişisel deneyim veya bilgi ile geri bildirimde bulunması bilgilendirmesidir (Güni, 2005). Araçsal veya maddi sosyal destek, bireyin günlük yaşamsal faaliyetlerini yerine getirebilmesi için gereksinim duyduğu durumlarda günlük işlerinde bireye yardımcı olmak için maddi veya gerekli araç-gereci temin etmek gibi somut ve maddesel yardımları içerir. Güven desteği ise çevresindekilerin bireyi desteklemesi, onun yanında onu anladığını, onunla aynı duygu ve düşünceleri paylaştıklarını, empati duygusunun oluşması gibi davranışları içerir (Kes, 2009; Savcı, 2006). Sosyal destekleyici etkileşimlerin; kişilerin hayatında sağlığı koruma ve iyileştirme, sağlık problemlerini önleme, stresle baş etmede kolaylık

sağlama, stresin etkilerine karşı koruma, başarılı ve sağlıklı ilişkilerin kurulup devam etmede önemli roller oynadığı kabul edilmektedir (Aksüllü ve Doğan, 2004; Güven vd., 2011). Sosyal destek, bireyde stres oluşturan yaşam olaylarının algılanan önemini azaltmakta ve bireyin bu duygusal gerginliğin üstesinden gelmesine yardımcı olmaktadır. Stresi önlemenin ve algılanan stresle başa çıkabilmenin en etkin yollarından biri, bireyin yaşamının bütün alanlarında yeterli sosyal desteğe sahip olmasıdır (Üstündağ vd., 2019). Yapılan araştırmada, yeterli sosyal desteğe sahip bireylerin, ciddi hastalıklara yakalanma, kronik hastalıklarla mücadele etme ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölüm oranları/mortalite oranları daha az olduğunu bildirmektedir (Lett vd., 2005).

Kronik böbrek yetmezliği tedavilerinden biri olan hemodiyaliz, bir hastanın yaşam süresini, ömrünü uzatmakla birlikte birçok fiziksel ruhsal ve psikososyal alanda var olan sorunları da beraberinde getirmektedir. Öncelikle diyaliz makinesine ve ekibe bağımlı olmak, hastanın özerkliğini kısıtlamaktadır (Dinç, 2020). Sürekli olarak kendilerinin dışında çeşitli materyaller ile farklı bireylere bağımlı olma hali bireylerde birtakım sorunlara ve bağımlılık düzeylerinde artışa neden olmaktadır. Tedaviye ara verilmesi ya da ertelenmesi ihtimalinin olmaması, tedaviye uygun beslenme şeklini uygulama zorunluluğu, tedavi seanslarının sıklığı ve diyetin sürekli olarak devam etmesi bireye hastalığını sık aralıklarla anımsatmaktadır (Şimşek, 2018). Hastalar; depresyon, uyum güçlüğü, sosyal etkileşim sorunları, ekonomik sorunlar, uyku problemleri, fiziksel güçte azalma, işini kaybetme riski, sıvı alımı ve kısıtlamalara bağlı stres, cinsel işlev kaybı, sosyal izolasyon gibi pek çok sorunla karşılaşır (Mutlu ve Duyan, 2012; Pehlivan ve Ovayolu 2008). Hastaların yaşadıkları bu sorunlar tedaviye uyumu bozarak yaşam kalitelerini etkilemektedir (Pehlivan ve Ovayolu 2008).

Hemodiyaliz tedavisi, bireyin sosyal yaşamını da olumsuz etkilemektedir. Tedavinin devamlılığı için sosyal aktivitelere katılamama durumu, gün geçtikçe bu bireyleri sosyal yaşamdan uzaklaştırmaya neden olabilmektedir. Bu süre zarfı içerisinde bireyin aile, arkadaş ve yakın çevresindeki bireylerden alacağı sosyal destek, hastanın umutsuzluğa, mutsuzluğa, üzüntüye kapılmamasına ve hastalığa daha iyi bir şekilde uyum göstermesine katkı sağlayacaktır (Büyükbayram vd., 2021; Tezel vd., 2011). Tezel ve arkadaşları (2011), hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda depresyon ve aileden algılanan sosyal desteği inceledikleri çalışmada, sosyal ilişkilerinden memnun

olmayan hastaların depresyon puanlarının yüksek olduğu görülmüştür (Tezel vd., 2021).

Büyükbayram ve arkadaşları (2021) yaptıkları çalışmada, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların, arkadaş ve aileden algıladıkları sosyal desteğin artmasının hastalıkla daha iyi mücadele etmelerine ve hastalığı daha iyi yönetmelerine katkı sağladığı bildirilmiştir (Büyükbayram vd., 2021). Kronik böbrek hastalığının algıladıkları sosyal desteğin yüksek olması, hastalık, tedavi ve bakım hakkında bilgili olmaları hastalık seyriinde olumlu sonuçlar doğurmaktadır (Ceylan, 2020). Hastanın hayat düzenini değiştiren ve yeni bir rutine girme süreci gerektiren KBH; kişinin geleceğine, günlük yaşamına ne derece engel olursa o kadar büyük ve ağır sorunlara neden olur. Bu sorunlar, hastalığa ve tedaviye uyum çabaları ve klinik düzeyde ruhsal bozukluk olarak karşımıza çıkabilir (Muslu, 2010). Kronik böbrek hastalığı tanısı konulan hastalık üzerine HD tedavisi gören birey, kendisinde etki gösteren psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarla daha doğru ve sağlıklı bir şekilde başa çıkabilmesi adına bulunduğu çevrenin destek sistemlerinden önemli miktarda yararlanmak durumundadır (Mutlu, 2007).

Sosyal desteğin sağlanmasında hemşirenin rolü büyüktür. Hemşire, sosyal destek danışmanlığında ilk olarak bireyin yaşadığı zorlukları tanımlamalıdır. Daha sonra, bireyin yaşadığı en önemli zorluğun belirlenip ortaya konması ve ne tür sosyal desteğin verileceğine karar verilmesi gerekir. Verilen sosyal desteğin, yaşanan sorunun gelişmesine etkisinin olup olmadığı ortaya konmalıdır. Eğer sosyal destek sorunun gelişmesinde etkili değilse, bireyin karakterinin belirlenmesi ve sosyal desteğin neden yetersiz olduğunun ortaya konması gerekir. Sosyal desteğin etkisini birey merkezli engeller veya dışarıdan kaynaklanan engeller azaltabilir. Bireyi etkileyen bu engellerin belirlenmesi, sosyal desteğin etkisinin artırılması açısından oldukça önemlidir. Tüm bu faktörler belirlendikten sonra, hemşire sosyal desteğin etkisini arttır maya çalışmalıdır. Ayrıca hemşirenin, danışmanlık boyunca son derece sabırlı olması, empati yapabilmesi ve bireye güven vermesi gerekir (Ardahan, 2010).

2.6. Öz Yeterlilik

Bandura sosyal öğrenme teorisinde kilit bir kavram olarak ifade edilen öz yeterlilik, bireyin hedeflerine ulaşma ve zorlukların üstesinden gelme yetenekleriyle ilgili inançları olarak tanımlanmaktadır (McCauley vd., 2019). Bandura tarafından ileri

sürülen öz yeterlilik bilinci, kişilerin sahip oldukları yeterliliğe güvenerek bilgi ve becerilerini etkin olarak kullanılabileceğini ileri süren sosyal öğrenme kuramına dayanmaktadır (Bolat, 2011; Kavrayıcı ve Bayrak, 2016). İnsan davranışını doğrudan, bireyin motivasyon, düşünce kalıpları gibi izlenimlerini ise dolaylı olarak etkiler (Latikka vd., 2019). Öz yeterlilik kişinin karşılaşılabileceği olası durumlar ile başa çıkabilmesi için gerekli olan eylemleri hangi ölçüde ve nedenli iyi yapabildiği yargılarıyla ilgilidir. Bu yargılar, olumluysa birey karşı karşıya kaldığı duruma ilişkin yapabileceği eylemleri, kişinin kendisini başarıya götüreceği bir şekilde organize edebilecektir. Bu yargıların olumsuz olması durumunda ise birey başarısızlık kaygısı yaşayabilmektedir (Mollaoğlu ve Bağ, 2009). Öz yeterlilik, kişinin hislerini, düşüncelerini ve davranışlarını etkileyen önemli bir kavramdır (Gurlaş, 2016). Öz yeterlilik düzeyinin anlaşılması, kişinin yetenek ve bilgileriyle neleri yapabileceğinin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Öz yeterlilik düzeyi, bireyin motivasyonunu arttırarak harekete geçmeyi sağlayabilir ya da harekete geçmesini engelleyebilmektedir. Öz yeterliliği yüksek olan kişiler görev seçiminde riskli ve karmaşık görevleri seçebilmektedir. Kendilerine yüksek hedefler belirleyip ve bu hedefleri gerçekleştirebilmek için de azimli bir şekilde çalışıp fazladan çaba sarf edebilmektedirler. Güçlü bir bitirme hissi, işlemlerin anlaşılmasını kolaylaştırarak ve performansı olumlu bir yönde etkilemektedir (Keskin ve Orgun, 2006). Kişiler, hayatları boyunca kazandıkları deneyimlere dayanarak, kendi baş etme yetenekleriyle ilgili spesifik inançlar geliştirebildikleri ve bireyin öz yeterliliğe dair sahip olduğu inançların artmasıyla doğru orantılı olarak davranışlarındaki değişiklikleri artmaktadır (Gurlaş, 2016). Öz yeterliliği fazla olan kişilerin, öz yeterliliği az olan kişilere göre daha fazla çaba sarf edebildiği ve bu çabaları daha uzun süre devam ettirebildikleri de bildirilmektedir. Bununla ilişkili olarak, öz yeterliliği fazla olan kişiler karşılaştığı engeller karşısında daha çabuk toparlanabildiği ve gerçekleştirmek istediği hedeflere bağlılıklarını sürdürebildiklerini ileri sürülmektedir. Öz yeterliliğin yüksek olması aynı zamanda kişilere zorlayıcı ortamlar seçme, etrafında olup biteni araştırma ya da daha yeni ortamları oluşturma fırsatı da verdiği söylenmektedir (Bandura, 2000). Toplum tarafından dile getirilen kötü ya da iyi yorumlar ve geri dönüşler öz yeterliliğe etki etmektedir. Psikolojik rahatsızlıklar ve taşıkardi, aşırı terleme, kızgınlık hali, halsizlik ve kaygı gibi sorunlar öz yeterliliği etkileyebilmektedir (Özkasap, 2009). Öz yeterliliğin düşük olması ile birlikte korku, kaygı endişe, mutsuzluk ve inanç eksikliği gibi durumlar bireylerde görülmektedir. Aynı zamanda bu kişiler öz güven düşüklüğü

yaşamaktadırlar. Kendi gelişim, başarı ve hedefleri konusunda olumlu olmayan duygulara sahiptirler. Yüksek öz yeterliliği olan kişiler öz yeterliliği az olan kişilere oranla daha zor olan işleri yapmaya eğilim göstermektedirler ve kendilerine daha büyük hedefler belirleyip bu hedefleri gerçekleştirebilmek için çaba sarf ederler (Coffman vd., 2004; Hollaway ve Watson, 2002).

Kronik böbrek hastalığına sahip kişiler hastalığın getirdiği tedaviyi, duygusal ve psikolojik olarak yönetebilmesi ve günlük hayatlarına entegre edebilmeleri gerekmektedir. Uzun süreli olan bu tedavi; farklı grup ilaçlar ve diyaliz seanslarından oluşan karmaşık bir süreçten oluşmaktadır (Muz ve Eğlence, 2013). Kronik hastalıkların, kişilerde ortaya çıkardığı bazı belirtiler sebebiyle kişinin motivasyon kaybına ve öz yeterliliğin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (Ceyhan ve Ünsal, 2018). Hemodiyaliz tedavisi almakta olan kişiler bazı engeller ile karşılaşabilmektedir. Hemodiyaliz tedavisi başlanan kişilerde öz yeterlilik hayatın bütün yönlerini etkileyebilecek bir kavramdır (Kiajamali vd., 2017). Bireyin öz yeterliliğe olan inancı, hastanın davranış ve düşüncesini direkt etkileyebilen, hayat boyu başarı ve başarısızlığa sebep olabilen hayati öneme sahip bir faktördür (Ramezani vd., 2019). Hemodiyaliz tedavisi almakta olan bireylerin öz yeterlilik düzeyi hastalığa olan uyumu da etkileyebilmektedir. Davranış değişikliğinin sağlanmasındaki en mühim etken öz yeterlilik (Erol, 2017). Birey, hastalığın ve tedavinin yönetimini etkin bir şekilde sürdürebilmek noktasında sağlık davranışlarına göre uyumlu bir şekilde yaşam sürdürmesi gerekmektedir. Bireyin büyük önem taşıyan sağlık davranışlarını başlatabilmesi, bunun yanında hastalığının süresi boyunca bu adımını sürdürebilmesindeki başarısı için bulunduğu duruma özel öz yeterlilik önemlidir (Bağ, 2007). Öz yeterlilik daha önceden olan olumlu veya olumsuz deneyimler, duygusal durumlar, gözlem ve kendini değerlendirme gibi unsurlardan etkilenebilmektedir. Yüksek öz yeterlilik puanına sahip hemodiyaliz tedavisi başlanan bireylerin gerekli olan diyet, tedaviye ve sıvı dengesinin sağlanmasına daha iyi adapte olarak diyaliz tedavisinin yan etkileri ile etkili bir şekilde baş edebilmektedir (Alemdar ve Çınar Pakyüz, 2015; Bektaş Akpınar vd., 2019). Öz yeterliliği az olan bireyler yeni sağlık davranışlarını kazanabileceklerine veya alışık olduğu bir davranışı değiştirebilmek için çaba gösterebileceklerine inanmamaktadırlar (Kiajamali vd., 2017). Yapılan araştırmada hastalık süresi uzadıkça ve fiziksel yetersizliklerle

karşılaşan bireylerin öz yeterliliklerinin diğer bireylere oranla düşük olduğu saptanmıştır (Bektaş Akpınar vd., 2019).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin öz yeterliliğinin artırılabilmesi için sağlık personellerinin büyük sorumluluklar alması gerekmektedir (Mollaoğlu ve Bağ, 2009). Hemşireler, diyaliz hastalarını destekleyici çevrede kendi amaçlarına ulaşabilecekleri durumlar yaratarak öz yeterliliğini etkilemede rol alabilirler. Sağlık eğitiminde önemli bir yere sahip olan hemşireler, bireylerin sağlıkla ilgili davranış değişikliklerini başarılı bir şekilde başlatmaları ve sürdürebilmeleri için eğitim programları içinde hastalığın bakımı ve tedavisi ile ilgili bilgilerin yanında öz yeterlilik kavramına da yer vermelidirler (Gurlaş ve Karadağ, 2019). Sağlık personellerinin, kişilerdeki sağlıkla ilgili olan davranış ve düşünce değişikliklerini etkili şekilde başlatıp ve devam ettirebilmeleri için bireyin davranış ve hareketleri üzerinde etkili olan öz yeterlilik kavramını tam bir şekilde anlamaları, öz yeterliliği ne gibi faktörlerin etkilediği bilinmesi gerekmektedir. Aynı zamanda, sağlık personelinin algıladığı yeterlilik halindeki değişiklikleri tanıyıp destekleyici bir davranış içerisinde olması gerekmektedir (Mollaoğlu ve Bağ, 2009). Sağlık çalışanı hastayı ve onun ailesini sağlık ekibin bir parçası olarak kabul edip hastaya psikolojik destek sağlamalıdır. Bütün hastalara yeterince vakit ayırarak sosyal uyuma yardımcı olmalıdır. Bu şekilde bireyin öz yeterliliğini arttırmayı amaç edinmelidir (Gurlaş ve Karadağ, 2019).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel biçimde tasarlanıp, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sosyal desteğin öz yeterliliğe etkisini belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Soruları

- Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyal destek düzeyi nedir?
- Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların öz yeterlilik düzeyi nedir?
- Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre sosyal destek düzeyleri farklılık göstermekte midir?
- Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların hemodiyaliz tedavisine ilişkin görüşlerine göre sosyal destek düzeyleri farklılık göstermekte midir?
- Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların tanıtıcı özelliklerine göre öz yeterlilik düzeyleri farklılık göstermekte midir?
- Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların hemodiyaliz tedavisine ilişkin görüşlerine göre öz yeterlilik düzeyleri farklılık göstermekte midir?
- Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyal desteğin öz yeterliliğe etkisi nedir?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarla gerçekleştirilen araştırma, Doğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan bir il ve ilçelerinde bulunan devlet hastanelerindeki hemodiyaliz ünitelerinde 25 Nisan-26 Ağustos 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni, Doğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan bir il ve ilçe devlet hastanelerindeki toplam 4 hemodiyaliz ünitesinde tedavi gören 226 hasta oluşturdu. Örneklem sayısı; evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örnekleme birey sayısını belirlemek amacıyla formülle hesaplandı.

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

$$d^2(N-1) + t^2 p \cdot q$$

N: Evrendeki birey sayısı (226)

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

$$n = \frac{(226)(1.96)^2(0.50)(0.50)}{(0.05)^2(226-1) + (1.96)^2(0.50)(0.50)}$$

n= 143 toplam hasta sayısı

Örneklem büyüklüğü 143 olarak bulundu. Ardından tabakalı örneklem yöntemiyle her bir hastaneden alınacak hasta sayıları hesaplandı. Toplam 226 hemodiyaliz tedavisi alan hasta olduğu saptandı. Ancak kayıplar göz önüne alınarak bu sayı 159 olarak belirlenip araştırma gerçekleştirildi.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Hasta Bilgi Formu (Ek-1), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek-2), Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (Ek-3) ile toplandı.

3.5.1. Hasta Bilgi Formu

Hasta Bilgi Formu literatürden yararlanılarak (Atik vd., 2015; Bektaş Akpınar vd., 2019; Biçer ve Karabulutlu, 2020; Büyükbayram vd., 2021) hazırlanmış olup hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaş, cinsiyet, yaşadıkları yer, eğitim, medeni, meslek, çalışma ve gelir durumu, sosyal güvence, kiminle yaşadığı, hastalık süresi, kronik hastalık durumu, hemodiyaliz süresi, haftada girdiği hemodiyaliz sayısı,

hastalığıyla baş etme durumu, hastalığı süresince ihtiyaçları için yardımcı olabilecek birisinin varlığını içeren 18 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet ve arkadaşlarının 1988’de geliştirdiği ölçek, Türk toplumuna ilk olarak Eker ve Arkar (1995) tarafından uyarlanmıştır. Daha sonra Eker ve arkadaşları 2001 yılında ölçeği revize etmiştir. Ölçek 7’li likert tipte bir ölçek olup 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri 4 maddeden oluşan ölçekte, “aile”, “arkadaş”, “özel bir insan” olmak üzere 3 alt boyut yer almaktadır. Ölçekten en az 12, en fazla ise 84 puan alınmaktadır (Eker vd., 2001). Eker ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada Cronbach’s Alfa katsayısını 0,89 olarak saptamıştır. Çalışmada ise Cronbach’s Alfa katsayısı 0,97 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ)

Sherer ve ark. (1982) geliştirmiş olduğu ölçeğin Türk toplumuna uyarlama çalışması Yıldırım ve İlhan (2010) tarafından gerçekleştirmiştir. GÖYÖ, 17 maddelik 5’li Likert tipi bir ölçektir. GÖYÖ’den alınabilecek olan puanlar 17 ile 85 aralığında değişim göstermektedir. Ölçekte, “başlama”, “yılmama”, “sürdürme çabası-ısrar” olmak üzere 3 alt boyut yer almaktadır Yıldırım ve İlhan GÖYÖ’nün, çalışmasında Cronbach’s Alfa katsayısını 0,84 olarak bulunmuştur (Yıldırım ve İlhan, 2010). Çalışmada ise Cronbach’s Alfa katsayısı 0,97 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından hemodiyaliz tedavisi alan hastalara, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmaya gönüllülük esasıyla katılmayı kabul etmiş olan hastalarda veri toplama araçları yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın uygulanabilmesi amacıyla İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu’ndan (Ek-4), çalışmanın yapıldığı hastanenin bağlı olduğu kurumdan (Ek-5), çalışmada kullanılan veri toplama araçları ile ilgili izinler alınmıştır (Ek-6). Çalışma öncesi hastalar araştırma ile ilgili bilgilendirilerek onamları alınmıştır (Ek-7).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS 26 (*Statistical Package for the Social Sciences*) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile yapılmıştır.

Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student-t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi, Spearman korelasyon analizi ve Regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırma hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sosyal desteğin öz yeterliliğe etkisinin belirlenmesi amacıyla Doğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan bir il ve ilçelerde bulunan kamuya bağlı hastanelerde tedavi gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 159 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen sıra ile aktarılacaktır;

- 1) Hastaların Tanıtıcı Özellikler ile İlgili Bulgular
- 2) Hastaların Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Görüşleri ile İlgili Bulgular
- 3) Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile İlgili Bulgular
- 4) Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları ile İlgili Bulgular
- 5) Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Görüşlerinin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları ile İlgili Bulgular
- 6) Hastaların Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ile İlgili Bulgular
- 7) Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları ile İlgili Bulgular
- 8) Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Görüşlerinin Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları ile İlgili Bulgular
- 9) Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ile Genel Öz Yeterlilik Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular
- 10) Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteğin Genel Öz Yeterliliğe Etkisi ile İlgili Bulgular
- 11) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Başlama Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisi ile İlgili Bulgular
- 12) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Yılmama Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisi ile İlgili Bulgular
- 13) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Sürdürme Çabası Israr Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisi ile İlgili Bulgular

4.1. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Tanıtıcı Özellikler ile İlgili Bulgular

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların tanıtıcı özellikler ile ilgili bulgular Tablo 4.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=159)

| Özellikler | | n | % |
|-----------------------|--------------------------|------------|-------|
| Yaş | <i>Ort±Ss</i> | 57.65±9.88 | |
| | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 59 | 24-79 |
| | ≤45 yaş | 16 | 10.1 |
| | 46-55 yaş | 44 | 27.7 |
| | 56-65 yaş | 68 | 42.8 |
| | >65 yaş | 31 | 19.5 |
| Cinsiyet | Kadın | 80 | 50.3 |
| | Erkek | 79 | 49.7 |
| Yaşanılan Yer | Köy | 64 | 40.3 |
| | İlçe | 43 | 27.0 |
| | İl | 52 | 32.7 |
| Yaşanılan Kişi | Aile | 126 | 79.2 |
| | Çocuklar ile | 33 | 20.8 |
| Aile Tipi | Geniş Aile | 66 | 41.5 |
| | Çekirdek Aile | 93 | 58.5 |
| Medeni Durum | Evli | 124 | 78.0 |
| | Bekâr | 35 | 22.0 |
| Eğitim Durumu | Okur-Yazar Değil | 48 | 30.2 |
| | Okur-Yazar | 19 | 11.9 |
| | İlkokul | 26 | 16.4 |
| | Ortaokul | 11 | 6.9 |
| | Lise ve Üzeri | 55 | 34.6 |
| Çalışma Durumu | Evet | 38 | 23.9 |
| | Hayır | 121 | 76.1 |
| Meslek | Ev Hanımı | 79 | 49.7 |
| | Emekli | 19 | 11.9 |
| | İşçi | 35 | 22.0 |
| | İşsiz | 26 | 16.4 |
| Gelir Durumu | Gelir Giderden Az | 96 | 60.4 |
| | Gelir Gidere Eşit | 55 | 34.6 |
| | Gelir Giderden Fazla | 8 | 5.0 |
| Sosyal Güvence | Bağkur | 19 | 11.9 |
| | Emekli Sandığı | 41 | 25.8 |
| | Yeşil Kart | 44 | 27.7 |
| | SSK | 55 | 34.6 |

Hastaların yaş ortalaması $57,65 \pm 9,88$ yıl olup, % 50,3'nün kadın, %40,3'ünün (n=64) köyde yaşadığı, %79,2'si (n=126) ailesi ile birlikte kaldığı, %58,5'i (n=93) çekirdek aileye sahip olduğu, %78'inin (n=124) evli olduğu, %34,6'sının (n=55) eğitim durumunun lise ve üzeri olduğu, %76,1'inin (n=121) çalışmadığı, %49,7'sinin (n=79) ev hanımı olduğu, %60,4'ünün (n=96) geliri giderlerinden az olduğu, %34,6'sının (n=55) SSK sosyal güvencesine sahip olduğu görülmüştür.



4.2. Hastaların Hemodiyaliz Tedavisine İlişkin Görüşleri ile İlgili Bulgular

Hastaların hemodiyaliz tedavisine ilişkin görüşleri ile ilgili bulgular Tablo 4.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Görüşlerine Göre Dağılımı (n=159)

| | | n | % |
|---|----------------------------|---------------|----------|
| Hastalık Süresi | <i>Ort±Ss</i> | 5.80±4.02 | |
| | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 5 (1-16) | |
| | <5 yıl | 65 | 40.9 |
| | 5-10 yıl | 62 | 39.0 |
| | ≥10 yıl | 32 | 20.1 |
| Sürekli Kullanılan İlaç | Evet | 131 | 82.4 |
| | Hayır | 28 | 17.6 |
| Hemodiyaliz Tedavi Süresi | <i>Ort±Ss</i> | 4.55±3.67 | |
| | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 3.5 (0.17-15) | |
| | ≤1 Yıl | 39 | 24.5 |
| | 2-5 Yıl | 71 | 44.7 |
| | 6-10 Yıl | 30 | 18.9 |
| ≥10 Yıl | 19 | 11.9 | |
| Hemodiyaliz Seansı | Üç | 159 | 100 |
| Hemodiyaliz Tedavisi Eğitimi | Evet | 100 | 62.9 |
| | Hayır | 59 | 37.1 |
| Kronik Hastalık | Hayır | 19 | 11.9 |
| | Evet | 140 | 88.1 |
| | Hipertansiyon | 80 | 57.1 |
| | Diyabet | 139 | 99.3 |
| | KOAH | 5 | 3.6 |
| | Kalp ve Damar Hastalıkları | 29 | 18.2 |
| | Diğer | 25 | 15.7 |
| Hastalıkla Baş Etme Durumu | Hayır | 107 | 67.3 |
| | Evet | 52 | 32.7 |
| | Aile ile Vakit Geçirmek | 24 | 46.2 |
| | Hobiler ile İlgilenmek | 28 | 53.8 |
| Tedavi Sürecinde Destek Olan Kişiler | Hayır | 50 | 31.4 |
| | Evet | 109 | 68.6 |
| | Aile | 100 | 92.6 |
| | Arkadaşlar/Komşular | 9 | 7.4 |

Hastalarda hastalık süresi ortalaması 5,80±4,02 yıldır. Hastaların %40,9'unun (n=65) hastalık süresinin 5 yılın altında olduğu, olduğu, %82,4'ünün (n=131) ilaç kullandığı görülmüştür. Hastaların tedavi süresi ortalamasının 4,55±3,67 yıl olduğu, araştırmaya katılan hastaların tamamının (n=159) haftada üç kez diyaliz seansına girdiği, %62,9'u (n=100) hemodiyaliz tedavisi eğitimi almış olduğu, %88,1'inde (n=140) kronik

hastalık bulunduğu, kronik hastalığa sahip olanlardan, %99,3'ünde (n=139) diyabet hastalığı görölmüştür. Hastaların %32,7'sinin (n=52) hastalıkla baş ettiği, hastalıkla baş edenlerin %46,2'sinin (n=24) ailesiyle vakit geçirdiği, %53,8'inin (n=28) hobileriyle ilgilendiği, %68,6'sının (n=109) tedavi sürecinde destek olan kişilere sahip olduğu ve bu desteğin de %92,6'sının (n=100) ailesinden aldığı görölmüştür.



4.3. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyut ile İlgili Bulgular

Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam ve alt boyut ile ilgili bulgular Tablo 4.3.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.3: Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n=159)

| Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği | Madde Sayısı | Ort±Ss | Medyan (Min-Maks) |
|--|--------------|-------------|-------------------|
| Aile Desteği | 4 | 14,31±4,67 | 15 (5-26) |
| Arkadaş Desteği | 4 | 14,80±4,47 | 16 (5-25) |
| Özel Bir Kişi Desteği | 4 | 17,84±4,49 | 19 (6-25) |
| Toplam Puan | 12 | 46,95±13,18 | 51 (17-73) |

Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ “Aile Desteği” alt boyutundan elde ettikleri puanlar ortalama 14,31±4,67 olarak, “Arkadaş Desteği” alt boyutundan elde ettikleri puanlar ortalama 14,80±4,47 olarak, “Özel Bir Kişi Desteği” alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama 17,84±4,49 olarak ve ölçek toplamından aldıkları puanlar ortalama 46,95±13,18 olarak saptanmıştır.

4.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları ile İlgili Bulgular

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam ve alt boyutları ile ilgili bulgular Tablo 4.4.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=159)

| | | | ÇBASDÖ | | | | | |
|----------------|-------------------------|-------------------|--------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| | | | Aile Desteği | Arkadaş Desteği | Özel Bir Kişi Desteği | Toplam Puan | | |
| Yaş | ≤45 Yaş (n=16) | Ort±Ss | 20.06±3.26 | 19.75±2.57 | 22.31±2.06 | 62.13±6.92 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 20 (13-26) | 20.5 (14-23) | 22.5 (18-25) | 63.5 (45-72) | | |
| | 46-55 Yaş (n=44) | Ort±Ss | 14.8±4.6 | 15.11±4.66 | 18.55±4.5 | 48.45±13.42 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 16 (6-24) | 17 (5-24) | 20 (6-25) | 53 (17-72) | | |
| | 56-65 Yaş (n=68) | Ort±Ss | 13.53±4.4 | 14.22±4.27 | 17.12±4.53 | 44.87±12.77 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 14 (5-23) | 15 (6-25) | 19 (8-25) | 49 (19-73) | | |
| >65 Yaş (n=31) | Ort±Ss | 12.35±3.55 | 13.06±3.59 | 16.13±3.68 | 41.55±10.12 | | | |
| | Medyan (Min-Maks) | 11 (6-21) | 13 (7-21) | 16 (10-23) | 40 (23-64) | | | |
| | | | Test Değeri | F:13.166 | F:21.006 | χ ² :27.228 | F:26.630 | |
| | | | P | ^d 0.001** | ^d 0.001** | ^e 0.001** | ^d 0.001** | |
| Cinsiyet | Kadın (n=80) | Ort±Ss | 14.41±4.26 | 15.14±4.41 | 17.7±4.29 | 47.25±12.55 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 15 (6-24) | 16 (5-25) | 19 (6-25) | 49 (17-73) | | |
| | Erkek (n=79) | Ort±Ss | 14.2±5.08 | 14.46±4.53 | 17.99±4.7 | 46.65±13.86 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 15 (5-26) | 16 (6-23) | 19 (8-25) | 51 (19-72) | | |
| | | | | Test Değeri | t:0.282 | t:0.962 | Z:-0.695 | t:0.288 |
| | | | | P | ^f 0.778 | ^f 0.337 | ^e 0.487 | ^f 0.773 |
| Eğitim Durumu | Okur-Yazar Değil (n=48) | Ort±Ss | 11.27±3.4 | 12.35±3.49 | 14.85±3.71 | 38.48±10.15 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 10.5 (5-19) | 12 (5-19) | 14.5 (6-21) | 37 (17-56) | | |
| | Okur-Yazar (n=19) | Ort±Ss | 13.95±3.22 | 15.11±3.36 | 18.21±3.63 | 47.26±9.5 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 15 (8-19) | 15 (10-23) | 20 (11-23) | 49 (31-64) | | |
| | İlkokul (n=26) | Ort±Ss | 13±4.64 | 13.04±5.21 | 16.69±4.64 | 42.73±14.12 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 13 (6-23) | 14.5 (6-25) | 16.5 (9-25) | 44 (21-73) | | |
| | Ortaokul (n=11) | Ort±Ss | 15.82±3.52 | 16.55±3.47 | 19.36±3.85 | 51.73±10.35 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 17 (9-21) | 18 (11-23) | 20 (12-25) | 53 (32-69) | | |
| | Lise ve Üzeri (n=55) | Ort±Ss | 17.4±4.33 | 17.31±3.91 | 20.56±3.64 | 55.27±11.34 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 18 (5-26) | 18 (6-24) | 21 (8-25) | 57 (19-72) | | |
| | | | Test Değeri | χ ² :49.145 | χ ² :38.888 | χ ² :48.773 | χ ² :48.430 | |
| | | | P | ^e 0.001** | ^e 0.001** | ^e 0.001** | ^e 0.001** | |
| Medeni Durum | Evli (n=124) | Ort±Ss | 14.9±4.46 | 15.35±4.45 | 18.58±4.44 | 48.83±12.92 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 15 (5-24) | 16 (5-25) | 20 (6-25) | 52.5 (17-73) | | |
| | Bekâr (n=35) | Ort±Ss | 12.2±4.86 | 12.86±4.02 | 15.23±3.63 | 40.29±12.01 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 11 (5-26) | 13 (7-23) | 15 (10-23) | 39 (22-72) | | |
| | | | | Test Değeri | t:3.106 | t:2.984 | Z:-4.133 | t:3.507 |
| | | | | P | ^f 0.002** | ^f 0.003** | ^e 0.001** | ^f 0.001** |

^eKruskal Wallis test, ^dOneway ANOVA, ^eMann Whitney U Test, ^fStudent-t Test, *p<0,05, **p<0,01

Tablo 4.4: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=159) (Devamı)

| | | ÇBASDÖ | | | | |
|-------------------|----------------------|--------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| | | | Aile Desteği | Arkadaş Desteği | Özel Bir Kişi Desteği | Toplam Puan |
| Yaşanılan Yer | Köy (n=64) | Ort±Ss | 12.94±4.46 | 13.52±4.35 | 16.83±4.57 | 43.28±12.87 |
| | | Medyan (Min-Maks) | 13 (5-24) | 13.5 (5-23) | 16 (6-25) | 41 (17-72) |
| | İlçe (n=43) | Ort±Ss | 14.37±4.39 | 15.07±4.24 | 18.42±4.44 | 47.86±12.7 |
| | | Medyan (Min-Maks) | 15 (6-22) | 16 (6-23) | 19 (9-25) | 51 (23-69) |
| | İl (n=52) | Ort±Ss | 15.94±4.7 | 16.15±4.43 | 18.62±4.27 | 50.71±12.97 |
| Medyan (Min-Maks) | | 16.5 (6-26) | 17 (6-25) | 20 (9-25) | 53 (21-73) | |
| | | Test Değeri | F:6.346 | F:5.399 | χ^2 :4.699 | F:4.937 |
| | | P | ^d 0.002** | ^d 0.005** | ^e 0.095 | ^d 0.008** |
| Yaşanılan Kişi | Aile (n=126) | Ort±Ss | 15.12±4.67 | 15.49±4.53 | 18.66±4.45 | 49.27±13.18 |
| | | Medyan (Min-Maks) | 15.5 (5-26) | 16 (5-25) | 20 (6-25) | 53 (17-73) |
| | Çocuklar İle (n=33) | Ort±Ss | 11.21±3.18 | 12.15±3.05 | 14.73±3.11 | 38.09±8.73 |
| | | Medyan (Min-Maks) | 11 (5-19) | 12 (7-19) | 15 (10-20) | 36 (22-56) |
| | | | Test Değeri | t:5.644 | t:5.007 | Z:-4.823 |
| | | P | ^f 0.001** | ^f 0.001** | ^e 0.001** | ^f 0.001** |
| Aile Tipi | Geniş Aile (n=66) | Ort±Ss | 11.65±3.49 | 12.41±3.45 | 15.45±3.77 | 39.52±10.18 |
| | | Medyan (Min-Maks) | 11 (5-19) | 12 (6-19) | 15 (9-23) | 38.5 (21-57) |
| | Çekirdek Aile (n=93) | Ort±Ss | 16.19±4.49 | 16.49±4.34 | 19.54±4.19 | 52.23±12.53 |
| | | Medyan (Min-Maks) | 17 (5-26) | 17 (5-25) | 21 (6-25) | 54 (17-73) |
| | | | Test Değeri | t:-6.870 | t:-6.352 | Z:-5.963 |
| | | P | ^f 0.001** | ^f 0.001** | ^e 0.001** | ^f 0.001** |
| Çalışma Durumu | Evet (n=38) | Ort±Ss | 15.97±3.93 | 16.05±3.86 | 20.03±3.48 | 52.05±10.85 |
| | | Medyan (Min-Maks) | 17 (7-24) | 17 (6-23) | 21 (12-25) | 54 (26-72) |
| | Hayır (n=121) | Ort±Ss | 13.79±4.78 | 14.41±4.58 | 17.16±4.56 | 45.35±13.47 |
| | | Medyan (Min-Maks) | 14 (5-26) | 14 (5-25) | 18 (6-25) | 46 (17-73) |
| | | | Test Değeri | t:2.564 | t:2.190 | Z:-3.470 |
| | | P | ^f 0.011* | ^f 0.032* | ^e 0.001** | ^f 0.003** |
| Meslek | Ev Hanımı (n=79) | Ort±Ss | 14.29±4.15 | 15.05±4.36 | 17.63±4.28 | 46.97±12.38 |
| | | Medyan (Min-Maks) | 15 (6-23) | 16 (5-25) | 19 (6-25) | 49 (17-73) |
| | Emekli (n=19) | Ort±Ss | 15.42±4.85 | 15.32±4.49 | 18.58±5.32 | 49.32±14.1 |
| | | Medyan (Min-Maks) | 16 (5-23) | 16 (6-22) | 21 (8-24) | 54 (19-69) |
| | İşçi (n=35) | Ort±Ss | 15.69±3.95 | 15.74±3.8 | 19.77±3.48 | 51.2±10.79 |
| | | Medyan (Min-Maks) | 16 (7-24) | 16 (6-23) | 20 (12-25) | 54 (26-72) |
| | İşsiz (n=26) | Ort±Ss | 11.69±5.95 | 12.38±4.98 | 15.35±4.6 | 39.42±15.13 |
| | | Medyan (Min-Maks) | 9 (5-26) | 11 (7-23) | 13.5 (10-24) | 34 (22-72) |
| | | Test Değeri | F:4.355 | F:3.367 | χ^2 :15.031 | F:4.531 |
| | | P | ^d 0.006** | ^d 0.020* | ^e 0.002** | ^d 0.004** |

^eKruskal Wallis test, ^dOneway ANOVA, ^eMann Whitney U Test, ^fStudent-t Test, *p<0,05, **p<0,01

Tablo 4.4: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=159) (Devamı)

| | | Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği | | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| | | | Aile Desteği | Arkadaş Desteği | Özel Bir Kişi Desteği | Toplam Puan |
| Gelir Durumu | Gelir Giderden Az (n=96) | <i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 12.69±4.17 12 (5-24) | 13.39±4.14 13 (5-23) | 16.33±4.27 16 (6-25) | 42.41±12.1 41.5 (17-66) |
| | Gelir Gidere Eşit (n=55) | <i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 16.44±4.23 17 (5-26) | 16.73±4.04 17 (6-25) | 20.09±3.7 21 (8-25) | 53.25±11.47 54 (19-73) |
| | Gelir Giderden Fazla (n=8) | <i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 19.13±4.49 20.5 (9-23) | 18.5±4.38 19 (9-23) | 20.5±4.81 22 (9-24) | 58.13±13.34 61.5 (27-69) |
| | | Test Değeri P | $\chi^2:31.765$ *0.001** | $\chi^2:26.524$ *0.001** | $\chi^2:30.862$ *0.001** | $\chi^2:32.070$ *0.001** |
| Sosyal Güvence | Bağkur (n=19) | <i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 17.42±3.69 18 (9-23) | 17.84±3.93 18 (10-25) | 19.95±4.13 21 (10-25) | 55.21±11.4 58 (29-73) |
| | Emekli Sandığı (n=41) | <i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 15.98±5.07 16 (5-26) | 16.22±4.91 17 (5-24) | 18.9±4.81 21 (6-24) | 51.1±14.2 54 (17-72) |
| | Yeşil Kart (n=44) | <i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 11.32±3.91 10.5 (5-24) | 12.09±3.67 11.5 (6-23) | 15.27±4.03 14 (10-25) | 38.68±11.18 35 (22-72) |
| | SSK (n=55) | <i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 14.38±3.91 15 (6-21) | 14.85±3.73 16 (6-21) | 18.38±3.88 19 (9-25) | 47.62±11.07 51 (21-66) |
| | | Test Değeri P | F:12.977 *0.001** | F:11.691 *0.001** | $\chi^2:23.745$ *0.001** | F:11.614 *0.001** |

^cKruskal Wallis test ^dOneway ANOVA * $p<0,05$ ** $p<0,01$

Hemodiyaliz hastalarının yaş gruplarına göre ÇBASDÖ “Aile Desteği” alt boyutundan aldığı puanlarda anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,001$). Dunn-Bonferroni testinin sonuçları incelendiğinde; yaşları 45 ve altında olan hastaların ölçek alt boyutundan alınan puanlar, yaşları 46-55 arasında, 56-65 yaş arasında ve 65’in üzerinde olanlara göre anlamlı olacak biçimde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Hastaların yaşlarına bakıldığında ÇBASDÖ “Arkadaş Desteği” alt boyutu üzerinden alınan puanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle yapılan Dunn-Bonferroni test sonucunda yaşları 45 ve altında olan hastaların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, yaşları 46-55 arasında, 56-65 yaş arasında ve 65’in üzerinde olanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Hastaların yaşlarına göre ÇBASDÖ “Özel Bir Kişi Desteği” alt boyutundan alınan puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi sebebiyle Dunn-Bonferroni test sonucunda yaşları 45 ve altında olan hastaların ölçek alt boyutundan alınan puanlar, yaşları 46-55 arasında, 56-65 yaş

arasında ve 65'in üzerinde olanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,018$). Hastaların yaşlarına göre ÇBASDÖ almış oldukları toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,00$). Farklılığın belirlenmesi sebebiyle yapılan Dunn-Bonferroni test sonucunda; yaşları 45 ve 45 yaşın altındaki hastaların ÇBASDÖ toplamından almış oldukları puanlar, yaşları 46-55 ile 56-65 yaş arasında ve 65'in üzerinde olanlara göre anlamlı şekilde yüksektir ($p=0,001$).

Cinsiyetlere göre hastaların ÇBASDÖ "Aile Desteği", "Arkadaş Desteği", "Özel Bir Kişi Desteği" alt boyutları üzerinden ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar, istatistiksel açıdan anlamlı şekilde fark göstermemiştir ($p>0,05$).

Eğitim durumlarına göre hastaların ÇBASDÖ "Aile Desteği" alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle yapılan Dunn-Bonferroni test sonucunda eğitimi lise ve üzerinde olan hastaların ölçek alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlar, eğitim durumu okuryazar olmayan, okuryazar olan ve ilkokul olanlara göre anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Eğitim durumu ortaokul olan hastaların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, okuryazar olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,026$). Eğitimlerine göre hastaların ÇBASDÖ "Arkadaş Desteği" alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlarında istatistiksel yönden anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle için Dunn-Bonferroni testi sonucunda; eğitimi lise ve üzerinde olmuş olan hastalarda ölçek alt boyutu üzerinden aldıkları puanlar, eğitimi okuryazar olmayan ve ilkokul olanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Eğitim durumu ortaokul olan hastaların ölçek alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlar, okuryazar olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,033$; $p<0,05$). Eğitimlerine göre hemodiyaliz hastalarının ÇBASDÖ "Özel Bir Kişi Desteği" alt boyutundan almış oldukları puanlarında anlamlı olarak fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle yapılan Dunn-Bonferroni testi sonucunda; eğitimi lise ve üzerinde olan hastaların ÇBASDÖ alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlar, eğitim durumu okuryazar olmayan ve ilkokul olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Eğitim durumu ortaokul olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, okuryazar olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek düzeyde saptanmıştır ($p=0,036$). Eğitimlerine göre hemodiyaliz hastalarının ÇBASDÖ'nün toplamından almış oldukları puanlar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır

($p=0,001$). Dunn-Bonferroni testi sonucunda; eğitimi lise ve üzerindeki hastaların ÇBASDÖ'nin toplamından almış oldukları puanlar, eğitim durumu okuryazar olmayan ile ilkokul olanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Aynı şekilde eğitimi ortaokul olan hastaların ÇBASDÖ toplamından almış oldukları puanlar, okuryazar olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,028$).

Evli olan hastaların ÇBASDÖ "Aile Desteği", "Arkadaş Desteği", "Özel Bir Kişi Desteği" alt boyutları ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar, bekar olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,002$).

Yaşanılan yere göre hastaların ÇBASDÖ "Aile Desteği" alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,002$). Farklılığının belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; ilde yaşayan hastaların ÇBASDÖ alt boyutundan almış oldukları puanlar, köyde yaşam süren hastalara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Yaşanılan yere göre hastaların ÇBASDÖ "Arkadaş Desteği" alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında anlamlı şekilde fark saptanmıştır ($p=0,005$). Farklılığının belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; ilde yaşayan hastaların ÇBASDÖ alt boyutundan almış oldukları puanlar, köyde yaşam süren hastalara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,004$). Yaşanılan yere göre hastaların ÇBASDÖ "Özel Bir Kişi Desteği" alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaşanılan yere göre hastaların ÇBASDÖ toplamından almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,008$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle yapılan Dunn-Bonferroni testi sonucunda; ilde yaşayan hastaların ölçek toplamından almış oldukları puanlar, köyde yaşayan hastalara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,007$).

Ailesiyle yaşayan hastaların ÇBASDÖ "Aile Desteği", "Arkadaş Desteği", "Özel Bir Kişi Desteği" alt boyutlarından almış oldukları puanlar, çocukları ile yaşayan hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,001$).

Aile tipi çekirdek olan hastaların ÇBASDÖ "Aile Desteği", "Arkadaş Desteği", "Özel Bir Kişi Desteği" alt boyutları üzerinden ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar, aile tipi geniş olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). Çalışan hastaların ÇBASDÖ "Aile Desteği", "Arkadaş Desteği", "Özel Bir Kişi Desteği" alt boyutları üzerinden ve ölçek toplamından almış

oldukları puanlar, aile tipi geniş olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0,011$).

Mesleklere göre hastaların ÇBASDÖ “Aile Desteği” alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak fark saptanmıştır ($p=0,006$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; işsiz olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, emekli ve işçi olanlara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,043$). Mesleklere göre hastaların ÇBASDÖ “Arkadaş Desteği” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark var ($p=0,020$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; işsiz olanların ölçek alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlar, ev hanımı ve işçi olanlara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,046$). Mesleklere göre hastaların ÇBASDÖ “Özel Bir Kişi Desteği” alt boyutundan alınmış olan puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,002$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; işsiz olan hastaların ölçek alt boyutu üzerinden almış oldukları puan, işçi olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,001$). Mesleklere göre hastaların ÇBASDÖ toplamından almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,004$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni test sonucunda; işsiz olan hastaların ölçek toplamından almış oldukları puan işçi olanlara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,003$).

Gelir durumuna göre hastaların ÇBASDÖ “Aile Desteği” alt boyutundan almış oldukları puanlarda anlamlı olarak fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; geliri giderinden az olan hastaların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, geliri giderine denk olan ve geliri giderinden fazla olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,001$). Gelir durumuna göre hastaların ÇBASDÖ “Arkadaş Desteği” alt boyutundan almış oldukları puanlarda anlamlı olarak fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; geliri giderinden az olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, geliri giderine denk olan ve geliri giderinden fazla olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,001$). Gelir durumuna göre hastaların ÇBASDÖ “Özel Bir Kişi Desteği” alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; geliri giderinden az olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, geliri giderine denk olan ve

geliri giderinden fazla olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,001$). Gelir durumuna göre hastaların ÇBASDÖ toplamından almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; geliri giderinden az olan hastaların ölçek toplamından almış oldukları puanlar, geliri giderine denk olan ve geliri giderinden fazla olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,001$).

Sosyal güvence varlığına göre hastaların ÇBASDÖ “Aile Desteği” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; sosyal güvencesi yeşil kart olan hastaların ölçek alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlar, sosyal güvencesi bağkur, emekli sandığı ve SSK olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,001$). Sosyal güvencesi SSK olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, sosyal güvencesi bağkur olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,045$). Sosyal güvence varlığına göre hastaların ÇBASDÖ “Arkadaş Desteği” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; sosyal güvencesi yeşil kart olan hastaların ölçek alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlar, sosyal güvencesi bağkur, emekli sandığı ve SSK olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,001$). Sosyal güvence varlığına göre hastaların ÇBASDÖ “Özel Bir Kişi Desteği” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak fark saptanmıştır ($p=0,001$).

4.5. Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Görüşlerinin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları ile İlgili Bulgular

Hastaların hemodiyaliz tedavisi ile ilgili görüşlerinin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam ve alt boyutları ile ilgili bulgular Tablo 4.5.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Görüşlerinin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=159)

| | | | Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği | | | | | |
|------------------------------|-------------------|-------------------|--|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|--------------------|
| | | | Aile Desteği | Arkadaş Desteği | Özel Bir Kişi Desteği | Toplam Puan | | |
| Hastalık Süresi | <5 Yıl (n=65) | Ort±Ss | 15.83±4.91 | 16.06±4.44 | 19.23±4.19 | 51.12±13.06 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 17 (6-26) | 17 (6-23) | 20 (9-25) | 54 (23-72) | | |
| | 5-10 Yıl (n=62) | Ort±Ss | 13.85±4.53 | 14.6±4.58 | 17.63±4.76 | 46.08±13.44 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 15 (5-23) | 15.5 (5-25) | 19.5 (6-25) | 50.5 (17-73) | | |
| ≥10 Yıl (n=32) | Ort±Ss | 12.09±3.27 | 12.63±3.39 | 15.44±3.44 | 40.16±9.58 | | | |
| | Medyan (Min-Maks) | 11 (6-19) | 13 (7-19) | 15 (10-21) | 39.5 (23-56) | | | |
| | | | Test Değeri | F:7.994 | F:6.937 | F:17.555 | F:8.362 | |
| | | | P | ^d 0.001** | ^d 0.001** | ^e 0.001** | ^d 0.001** | |
| Sürekli Kullanılan İlaç | Evet (n=131) | Ort±Ss | 13.89±4.6 | 14.42±4.56 | 17.48±4.64 | 45.79±13.38 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 14 (5-24) | 15 (5-25) | 18 (6-25) | 49 (17-73) | | |
| | Hayır (n=28) | Ort±Ss | 16.29±4.58 | 16.57±3.56 | 19.54±3.23 | 52.39±10.83 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 16.5 (8-26) | 16.5 (8-23) | 20 (12-23) | 54 (30-72) | | |
| | | | Test Değeri | t:-2.510 | t:-2.750 | Z:-2.048 | t:-2.804 | |
| | | | P | ^f 0.013* | ^f 0.008** | ^e 0.041* | ^f 0.007** | |
| Hemodiyaliz Tedavi Süresi | ≤1 Yıl (n=39) | Ort±Ss | 15.26±4.63 | 15.49±4.21 | 18.67±4.02 | 49.41±12.28 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 15 (6-26) | 16 (7-23) | 19 (10-25) | 51 (23-72) | | |
| | 2-5 Yıl (n=71) | Ort±Ss | 14.69±4.99 | 15.32±4.82 | 18.08±4.78 | 48.1±14.15 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 15 (5-24) | 16 (5-25) | 20 (6-25) | 52 (17-73) | | |
| | 6-10 Yıl (n=30) | Ort±Ss | 13.67±3.72 | 14.07±3.95 | 17.63±4.29 | 45.37±11.6 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 15 (6-19) | 15.5 (6-19) | 19 (9-24) | 49.5 (21-62) | | |
| | ≥10 Yıl (n=19) | Ort±Ss | 11.95±4.24 | 12.58±3.72 | 15.58±4.14 | 40.11±11.74 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 12 (5-19) | 13 (6-19) | 15 (8-23) | 40 (19-59) | | |
| | | | | Test Değeri | F:2.576 | F:2.542 | χ ² :6.264 | F:2.560 |
| | | | | P | ^d 0.056 | ^d 0.058 | ^e 0.099 | ^d 0.057 |
| | | | Test Değeri | t:2.620 | t:2.392 | Z:-1.779 | t:2.285 | |
| | | | P | ^f 0.010* | ^f 0.018* | ^e 0.075 | ^f 0.024* | |
| Hemodiyaliz Tedavisi Eğitimi | Evet (n=100) | Ort±Ss | 15.04±4.71 | 15.44±4.49 | 18.28±4.55 | 48.76±13.33 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 15.5 (5-26) | 16 (5-24) | 20 (6-25) | 52 (17-72) | | |
| | Hayır (n=59) | Ort±Ss | 13.07±4.37 | 13.71±4.24 | 17.1±4.32 | 43.88±12.43 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 13 (5-24) | 14 (6-25) | 18 (9-25) | 43 (22-73) | | |
| | | | Test Değeri | t:2.620 | t:2.392 | Z:-1.779 | t:2.285 | |
| | | | P | ^f 0.010* | ^f 0.018* | ^e 0.075 | ^f 0.024* | |

^cKruskal Wallis test, ^dOneway ANOVA, ^eMann Whitney U Test, ^fStudent-t Test, *p<0,05, **p<0,0

Tablo 4.5: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Görüşleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=159) (Devamı)

| | | Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği | | | | |
|---|----------------------|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| | | | Aile Desteği | Arkadaş Desteği | Özel Bir Kişi Desteği | Toplam Puan |
| Kronik Hastalık | Evet (n=140) | <i>Ort±Ss</i> | | | | |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 13.74±4.41 14 (5-24) | 14.32±4.33 15 (5-25) | 17.39±4.48 18 (6-25) | 45.45±12.79 48.5 (17-73) |
| | Hayır (n=19) | <i>Ort±Ss</i> | 18.53±4.46 | 18.32±3.96 | 21.16±2.95 | 58±10.67 |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 19 (8-26) | 19 (6-23) | 22 (13-25) | 60 (27-72) |
| | | Test Değeri | t:-4.437 | t:-3.811 | Z:-3.681 | t:-4.691 |
| | | P | <i>f</i> 0.001** | <i>f</i> 0.001** | <i>e</i> 0.001** | <i>f</i> 0.001** |
| Hastalıkla Baş Etme Durumu | Evet (n=52) | <i>Ort±Ss</i> | 18.79±3.03 | 18.83±2.8 | 21.67±2.24 | 59.29±7.24 |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 18.5 (9-26) | 19 (11-25) | 22 (12-25) | 59 (32-73) |
| | Hayır (n=107) | <i>Ort±Ss</i> | 12.13±3.67 | 12.84±3.76 | 15.98±4.11 | 40.95±11.07 |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 12 (5-20) | 13 (5-21) | 16 (6-24) | 40 (17-64) |
| | | Test Değeri | t:12.105 | t:11.258 | Z:-7.888 | t:12.491 |
| | | P | <i>f</i> 0.001** | <i>f</i> 0.001** | <i>e</i> 0.001** | <i>f</i> 0.001** |
| Tedavi Sürecinde Destek Olan Kişiler | Evet (n=109) | <i>Ort±Ss</i> | 16.75±3.32 | 17.11±3.1 | 20.39±2.59 | 54.25±8.29 |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 17 (9-26) | 17 (8-25) | 21 (12-25) | 54 (32-73) |
| | Hayır (n=50) | <i>Ort±Ss</i> | 8.98±1.95 | 9.76±2.32 | 12.3±2.11 | 31.04±5.63 |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 9 (5-15) | 10 (5-15) | 12 (6-16) | 32 (17-45) |
| | | Test Değeri | t:18.460 | t:14.956 | Z:-9.929 | t:20.642 |
| | | P | <i>f</i> 0.001** | <i>f</i> 0.001** | <i>e</i> 0.001** | <i>f</i> 0.001** |

^cKruskal Wallis test ^dOneway ANOVA ^eMann Whitney U Test ^fStudent-t Test **p*<0,05 ***p*<0,01

Hastalık süresine göre hastaların ÇBASDÖ “Aile Desteği” alt boyutu üzerinden aldıkları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılık saptanmıştır (*p*=0,001). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; hastalık süresi 5 yılın altında olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, hastalık süresi 5-10 yıl ve 10 yıl veya üzerinde olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (*p*=0,042). Hastalık süresine göre hastaların ÇBASDÖ “Arkadaş Desteği” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak fark saptanmıştır (*p*=0,001). Farklılığın belirlenmesi için Dunn-Bonferroni testi sonucunda; hastalık süresi 5 yılın altında olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, hastalık süresi 10 yıl veya üzerinde olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (*p*=0,001). Hastalık süresine göre hastaların ÇBASDÖ “Özel Bir Kişi Desteği” alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (*p*=0,001). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle yapılan Dunn-Bonferroni test sonucunda; hastalık süresi 10 yıl ve üzerinde olan hastaların ölçek alt

boyutu üzerinden almış oldukları puanlar, hastalık süresi 5 yıl ve altında olan ve 5-10 yıl arasında olanlara göre anlamlı olacak şekilde düşük saptanmıştır ($p=0,001$). Hastalık süresine göre hastaların ÇBASDÖ toplamından almış oldukları puanlarda istatistiksel yönden anlamlı olacak şekilde farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi sebebiyle Dunn-Bonferroni testi yapıldı, test neticesinde; hastalık süresi 5 yılın altında olan hastaların ölçek toplamından almış oldukları puanlar, hastalık süresi 10 yıl veya üzerinde olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$).

Sürekli kullandığı ilaç olduğunu belirten hastaların ÇBASDÖ “Aile Desteği”, “Arkadaş Desteği”, “Özel Bir Kişi Desteği” alt boyutlarından ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar, ilaç kullanmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük saptanmıştır ($p=0,013$).

Tedavi süresine göre hastaların ÇBASDÖ “Aile Desteği”, “Arkadaş Desteği”, “Özel Bir Kişi Desteği” alt boyutlarından ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hemodiyaliz tedavisi ile ilgili eğitim alan hastaların ÇBASDÖ “Aile Desteği”, “Arkadaş Desteği” alt boyutlarından ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar, eğitim almayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,010$). Hemodiyaliz tedavisi ile ilgili eğitim alma durumuna göre hastaların ÇBASDÖ “Özel Bir Kişi Desteği” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kronik hastalığı olan hastaların ÇBASDÖ “Aile Desteği”, “Arkadaş Desteği”, “Özel Bir Kişi Desteği” alt boyutları üzerinden ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar, kronik hastalığı olmayan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde düşük saptanmıştır ($p=0,001$).

Hastalıkla baş ettiğini belirten hastaların ÇBASDÖ “Aile Desteği”, “Arkadaş Desteği”, “Özel Bir Kişi Desteği” alt boyutlarından ve ölçek toplamı sonucu almış oldukları puanlar, baş edemeyen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$).

Tedavi sürecinde destek olan kişilerin olduğunu belirten hastaların ÇBASDÖ “Aile Desteği”, “Arkadaş Desteği”, “Özel Bir Kişi Desteği” alt boyutlarından ve ölçek

toplamı sonucu almış oldukları puanlar, destek gösteren kişilerin olmadığını belirten hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$).



4.6. Hastaların Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ile İlgili Bulgular

Hastaların Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ile ilgili bulgular Tablo 4.6.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6: Hastaların Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı (n=159)

| Genel Öz Yeterlilik Ölçeği | Madde Sayısı | Ort±Ss | Medyan (Min-Maks) |
|------------------------------|--------------|-------------|-------------------|
| Başlama | 9 | 31.39±8.19 | 34 (13-44) |
| Yılmama | 5 | 16.43±4.28 | 17 (7-24) |
| Sürdürme Çabası-Israr | 3 | 8.16±2.29 | 8 (4-14) |
| Toplam Puan | 17 | 55.97±14.35 | 58 (26-81) |

Çalışmaya katılan hastaların Genel Öz Yeterlilik Ölçeği “Başlama” alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama 31,39±8,19 olarak, “Yılmama” alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama 16,43±4,28 olarak, “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama 8,16±2,29 olarak ve ölçek toplamından aldıkları puanlar ortalama 55,97±14,35 olarak saptanmıştır.

4.7. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları ile İlgili Bulgular

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile Genel Öz Yeterlilik Ölçeği toplam ve alt boyutları ile ilgili bulgular Tablo 4.7.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=159)

| | | | Genel Öz Yeterlilik Ölçeği | | | | |
|----------------------|-------------------------|-------------------|----------------------------|--|--|--|--|
| | | | Başlama | Yılmama | Sürdürme Çabası-İsrar | Toplam Puan | |
| Yaş | ≤45 Yaş (n=16) | Ort±Ss | 40.5±2.8 | 21.44±1.46 | 11±1.55 | 72.94±5.05 | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 41 (35-44) | 22 (18-23) | 11 (7-13) | 73.5 (62-80) | |
| | 46-55 Yaş (n=44) | Ort±Ss | 32.98±7.71 | 17.36±4.18 | 8.7±2.08 | 59.05±13.43 | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 35.5 (14-42) | 19 (9-23) | 9 (5-13) | 63 (29-78) | |
| | 56-65 Yaş (n=68) | Ort±Ss | 30.38±7.48 | 15.71±4.04 | 7.65±2.02 | 53.74±13.12 | |
| Medyan (Min-Maks) | | 32 (13-43) | 16 (7-24) | 7 (4-14) | 56 (26-81) | | |
| >65 yaş (n=31) | Ort±Ss | 26.65±8.12 | 14.1±3.53 | 7.03±2.11 | 47.77±13.44 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 25 (14-44) | 13 (9-22) | 7 (4-12) | 45 (30-77) | |
| | | | Test Değeri P | χ^2 :37.554 ^e0.001** | F:48.471 ^d0.001** | F:16.415 ^d0.001** | χ^2 :39.530 ^c0.001** |
| Cinsiyet | Kadın (n=80) | Ort±Ss | 31.00±7.7 | 16.18±4.11 | 8.19±2.06 | 55.36±13.47 | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 32 (14-43) | 16.5 (9-24) | 8 (4-12) | 56 (30-77) | |
| | Erkek (n=79) | Ort±Ss | 31.78±8.69 | 16.68±4.45 | 8.13±2.51 | 56.59±15.25 | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 34 (13-44) | 18 (7-24) | 8 (4-14) | 61 (26-81) | |
| | | | Test Değeri P | Z:-0.793 ^e0,428 | t:-0.748 ^f0,455 | t:0.167 ^f0,867 | Z:-0.675 ^e0,499 |
| Eğitim Durumu | Okur-Yazar Değil (n=48) | Ort±Ss | 25.25±6.05 | 13.15±2.74 | 6.79±1.58 | 45.19±9.95 | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 24 (13-37) | 12 (8-19) | 6 (4-10) | 43.5 (26-66) | |
| | Okur-Yazar (n=19) | Ort±Ss | 31.32±6.55 | 15.84±3.67 | 8.11±1.82 | 55.26±11.75 | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 32 (18-41) | 17 (7-22) | 8 (4-11) | 56 (29-74) | |
| | İlkokul (n=26) | Ort±Ss | 30.31±9.11 | 15.88±4.31 | 7.46±2.18 | 53.65±15.16 | |
| | | Medyan (Min-Maks) | | 17 (9-24) | 7 (4-11) | 56.5 (30-77) | |
| | Ortaokul (n=11) | Ort±Ss | 33.64±4.92 | 17.36±3.53 | 8.09±1.58 | 59.09±9.27 | |
| Medyan (Min-Maks) | | 34 (25-40) | 19 (12-22) | 8 (5-11) | 62 (44-72) | | |
| Lise ve Üzeri (n=55) | Ort±Ss | 36.84±6.47 | 19.56±3.4 | 9.71±2.24 | 66.11±11.63 | | |
| | Medyan (Min-Maks) | 39 (14-44) | 20 (10-24) | 10 (5-14) | 69 (29-81) | | |
| | | | Test Değeri P | χ^2 :58.102 ^c0.001** | χ^2 :60.664 ^c0.001** | χ^2 :43.076 ^c0.001** | χ^2 :59.071 ^c0.001** |
| Medeni Durum | Evli (n=124) | Ort±Ss | 32.85±7.65 | 17.12±4.21 | 8.42±2.2 | 58.39±13.63 | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 35 (14-44) | 18 (7-24) | 8 (4-14) | 62 (27-81) | |
| | Bekâr (n=35) | Ort±Ss | 26.23±8.06 | 13.97±3.59 | 7.23±2.39 | 47.43±13.73 | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 24 (13-44) | 13 (8-23) | 7 (4-13) | 44 (26-80) | |
| | | | Test Değeri P | Z:-4.141 ^e0.001** | t:4.026 ^f0.001** | t:2.776 ^f0.006** | Z:-3.949 ^e0.001** |

^cKruskal Wallis test ^dOneway ANOVA ^eMann Whitney U Test ^fStudent-t Test * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tablo 4.7: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=159) (Devamı)

| | | | Genel Öz Yeterlilik Ölçeği | | | | | |
|-------------------------|------------------------|--------------------------------|--|--|---|--|--|--|
| | | | Başlama | Yılmama | Sürdürme Çabası- Israr | Toplam Puan | | |
| Yaşanılan Yer | Köy (n=64) | Ort±Ss | 29.56±8.64 | 15.47±4.12 | 7.84±2.32 | 52.88±14.69 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 31 (13-44) | 16 (7-23) | 8 (4-13) | 55 (26-80) | | |
| | İlçe (n=43) | Ort±Ss | 31.65±7.75 | 16.51±4.29 | 7.93±2.13 | 56.09±13.79 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 32 (16-44) | 16 (10-23) | 8 (5-12) | 55 (31-77) | | |
| | İl (n=52) | Ort±Ss | 33.42±7.6 | 17.54±4.26 | 8.73±2.3 | 59.69±13.73 | | |
| | | Medyan (Min- Maks) | 36 (15-44) | 19 (8-24) | 9 (4-14) | 63 (27-81) | | |
| | | Test Değeri P | χ^2 :6.310 ^c0.043* | F:3.473 ^d0.033* | F:2.492 ^d0.086 | χ^2 :6.599 ^c0.037* | | |
| Yaşanılan Kişi | Aile (n=126) | Ort±Ss | 33.04±7.73 | 17.24±4.26 | 8.51±2.27 | 58.79±13.83 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 35 (14-44) | 18 (7-24) | 8 (4-14) | 62 (27-81) | | |
| | Çocuklar ile (n=33) | Ort±Ss | 25.09±6.79 | 13.33±2.68 | 6.82±1.83 | 45.24±10.93 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 24 (13-39) | 13 (8-19) | 6 (4-10) | 42 (26-67) | | |
| | | | Test Değeri P | Z:-4.964 ^c0.001** | t:6.499 ^f0.001** | t:3.947 ^f0.001** | Z:-4.837 ^c0.001** | |
| | Aile Tipi | Geniş Aile (n=66) | Ort±Ss | 26.68±7.63 | 13.79±3.56 | 6.88±1.91 | 47.35±12.7 | |
| Medyan (Min-Maks) | | | 24.5 (13-42) | 13 (7-23) | 6 (4-13) | 44 (26-78) | | |
| Çekirdek Aile (n=93) | | Ort±Ss | 34.73±6.85 | 18.3±3.73 | 9.06±2.1 | 62.1±12.18 | | |
| | | Medyan (Min-Maks) | 37 (14-44) | 19 (10-24) | 9 (5-14) | 64 (29-81) | | |
| | | Test Değeri P | Z:-6.104 ^c0.001** | t:-7.655 ^f0.001** | t:-6.712 ^f0.001** | Z:-6.434 ^c0.001** | | |
| Çalışma Durum u | | Evet (n=38) | Ort±Ss | 35.24±6.04 | 18.61±3.4 | 8.84±2.06 | 62.68±10.96 | |
| | Medyan (Min- Maks) | | 37 (14-42) | 19 (9-23) | 9 (5-13) | 64 (29-78) | | |
| | Hayır (n=121) | Ort±Ss | 30.18±8.42 | 15.74±4.3 | 7.94±2.32 | 53.87±14.6 | | |
| | | Medyan (Min- Maks) | 31 (13-44) | 16 (7-24) | 8 (4-14) | 55 (26-81) | | |
| | | | Test Değeri P | Z:-3.190 ^c0.001** | t:4.232 ^f0.001** | t:2.139 ^f0.034* | Z:-3.214 ^c0.001** | |
| | Meslek | Ev Hanımı (n=79) | Ort±Ss | 30.87±7.67 | 16.09±4.0 | 8.14±2.02 | 55.1±13.35 | |
| Medyan (Min- Maks) | | | 32 (14-43) | 16 (9-24) | 8 (4-12) | 56 (30-77) | | |
| Emekli (n=19) | | Ort±Ss | 32.63±8.8 | 17.16±4.5 | 8.68±2.73 | 58.47±15.7 | | |
| | | Medyan (Min- Maks) | 34 (16-44) | 18 (11-24) | 8 (5-14) | 60 (32-81) | | |
| İşçi (n=35) | | Ort±Ss | 34.83±6.12 | 18.34±3.4 | 8.66±2.04 | 61.83±11.0 | | |
| | | Medyan (Min- Maks) | 37 (14-42) | 19 (9-23) | 9 (5-13) | 63 (29-78) | | |
| İşsiz (n=26) | | Ort±Ss | 27.42±9.95 | 14.35±4.8 | 7.15±2.77 | 48.92±17.1 | | |
| | | Medyan (Min- Maks) | 24 (13-44) | 12.5 (7-23) | 6 (4-13) | 42 (26-80) | | |
| | | | | Test Değeri P | χ^2 :11.103 ^c0.011* | F:5.340 ^d0.003** | F:1.993 ^d0.127 | χ^2 :11.511 ^c0.009** |

^cKruskal Wallis test ^dOneway ANOVA ^eMann Whitney U Test ^fStudent-t Test *p<0,05**p<0,01

Tablo 4.7: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=159) (Devamı)

| | | Genel Öz Yeterlilik Ölçeği | | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|---|---|---|---|---|
| | | | Başlama | Yılmama | Sürdürme Çabası-Israr | Toplam Puan |
| Gelir Durumu | Gelir Giderden Az (n=96) | <i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 28.82±7.98 28 (13-44) | 14.88±3.92 15 (7-23) | 7.48±2.09 7 (4-13) | 51.18±13.61 50.5 (26-80) |
| | Gelir Gidere Eşit (n=55) | <i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 34.84±6.94 37 (14-44) | 18.53±3.66 19 (10-24) | 8.93±2.07 9 (5-13) | 62.29±12.14 64 (29-78) |
| | Gelir Giderden Fazla (n=8) | <i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 38.5±6.02 40 (24-43) | 20.63±3.74 22 (12-24) | 11±2.33 11.5 (6-14) | 70.13±11.85 72.5 (42-81) |
| | | Test Değeri P | $\chi^2:27.633$ $<0.001^{**}$ | $\chi^2:34.195$ $<0.001^{**}$ | $\chi^2:24.982$ $<0.001^{**}$ | $\chi^2:30.499$ $<0.001^{**}$ |
| Sosyal Güvence | Bağkur (n=19) | <i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 37.05±6.34 39 (21-43) | 19.74±3.74 22 (12-24) | 9.79±1.93 10 (6-12) | 66.58±11.61 72 (39-77) |
| | Emekli Sandığı (n=41) | <i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 33.15±8.09 34 (16-44) | 17.54±4.2 18 (10-24) | 8.78±2.48 8 (5-14) | 59.46±14.32 61 (32-81) |
| | Yeşil Kart (n=44) | <i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 26.34±7.98 24 (13-42) | 13.66±3.82 12 (7-23) | 6.89±2.18 6 (4-13) | 46.89±13.56 43 (26-78) |
| | SSK (n=55) | <i>Ort±Ss</i> <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 32.16±6.99 34 (14-43) | 16.67±3.63 18 (9-22) | 8.15±1.79 8 (5-12) | 56.98±11.92 62 (30-73) |
| | | Test Değeri P | $\chi^2:28.356$ $<0.001^{**}$ | F:13.493 $<0.001^{**}$ | F:10.313 $<0.001^{**}$ | $\chi^2:30.724$ $<0.001^{**}$ |

^cKruskal Wallis test ^dOneway ANOVA * $p<0,05$ ** $p<0,01$

Hastaların yaşlarına göre GÖYÖ “Başlama” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; yaşları 45 ve altında olan hastaların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, yaşları 46-55 arasında, 56-65 yaş arasında ve 65’in üzerinde olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,002$). Yaşları 46-55 arasında olan hastaların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, yaşları 65’in üzerinde olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,008$). Hastaların yaşlarına bakıldığında GÖYÖ “Yılmama” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; yaşları 45 ve altında olan hastaların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, yaşları 46-55 arasında, 56-65 yaş arasında ve 65’in üzerinde olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Yaşları 46-55 arasında olan hastaların ölçek alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlar, 65 yaştan fazla olan hastalara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,003$). Hastaların yaşlarına göre

GÖYÖ “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; yaşları 45 ile 45 yaşın altında olan hastaların GÖYÖ alt boyutundan almış oldukları puanlar, yaşları 46-55 arasında, 56-65 yaş arasında ve 65’in üzerinde olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Yaşları 46-55 arasında olan hastaların ölçek alt boyutundan aldıkları puanlar, yaşları 56-65 arasında ve 65’in üzerinde olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,044$). Hastaların yaşlarına göre GÖYÖ toplamından almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; yaşları 45 ve 45 yaşın altında olan hastalarda ölçek toplamından almış oldukları puanlar, yaşları 46-55 arasında, 56-65 yaş arasında ve 65’in üzerinde olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,002$). Yaşları 46-55 arasında olan hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, yaşları 65’in üzerinde olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,006$).

Hastaların cinsiyetlerine göre GÖYÖ “Başlama”, “Yılmama”, “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutlarından ve GÖYÖ toplamından almış oldukları puanlar istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların eğitimlerine göre GÖYÖ “Başlama” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığının belirlenmesi amacıyla Dunn-Bonferroni testi sonucunda; eğitimi lise ve lisenin üstünde olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, eğitim durumu okuryazar olmayan, okuryazar olan ve ilkokul olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Eğitimi ortaokul olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, okuryazar olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,037$). Hastaların eğitimlerine göre GÖYÖ “Yılmama” alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; eğitimi lise ve lise üzeri olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, eğitim durumu okuryazar olmayan, okuryazar olan ve ilkokul olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Eğitim durumu ortaokul olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, okuryazar olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,028$). Hastaların eğitimlerine göre GÖYÖ “Sürdürme Çabası-Israr” alt

boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni test sonucunda; eğitim durumu lise ve üzeri olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, eğitim durumu okuryazar olmayan ve ilkokul olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Hastaların eğitimlerine göre GÖYÖ toplamından almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığı belirlemek için Dunn-Bonferroni testi sonucunda; eğitimi lise ve lise üzeri olan hastaların ölçek alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlar, eğitim durumu okuryazar olmayan, okuryazar olan ve ilkokul olan hastalara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Eğitim durumu ortaokul olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, okuryazar olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,048$).

Evli olan hastaların GÖYÖ “Başlama”, “Yılmama”, “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutlarından ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar, bekar olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0,001$).

Yaşanılan yere göre hastaların GÖYÖ “Başlama” alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,043$). Farklılığı belirlemek için Dunn-Bonferroni testi sonucunda; ilde yaşayan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, köyde yaşam süren hastalara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,037$). Hastaların yaşam sürdüğü yere göre GÖYÖ “Yılmama” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,033$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; ilde yaşayan hastaların ölçek alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlar, köyde yaşayan hastalara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,028$). Yaşanılan yere göre hastaların GÖYÖ “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaşanılan yere göre hastaların Genel Öz Yeterlilik Ölçeği toplamından almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,037$). Farklılığın belirlenmesi için Dunn-Bonferroni testi sonucunda; ilde yaşayan hastaların ölçek toplamından almış oldukları, köyde yaşayan hastalara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,031$).

Ailesiyle yaşıyan hastaların GÖYÖ “Başlama”, “Yılmama”, “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutlarından ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar, çocukları ile yaşıyan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (p=0,001).

Aile tipi çekirdek olan hastaların GÖYÖ “Başlama”, “Yılmama”, “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutlarından ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar, aile tipi geniş olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (p=0,001).

Çalışan hastaların GÖYÖ “Başlama”, “Yılmama”, “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutundan ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar, aile tipi geniş olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (p=0,001).

Hastaların mesleklerine göre GÖYÖ “Başlama” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,011). Farklılığın belirlenmesi için Dunn-Bonferroni testi sonucunda; işçilerin ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, işsizlere göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,011). Mesleklere göre hastaların GÖYÖ “Yılmama” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,003). Farklılığın belirlenmesi için yapılan test sonucunda; işçilerin ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, ev hanımı ve işsizlere göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,015). Mesleklere göre hastaların GÖYÖ “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı değişiklik saptanmamıştır (p>0,05). Mesleklere göre hastaların GÖYÖ toplamından almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,009). Farklılığın belirlenmesi için Dunn-Bonferroni testi sonucunda; işçilerin ölçek toplamından almış oldukları puanlar, işsizlere göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,008).

Hastaların gelir durumlarına göre GÖYÖ “Başlama” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,001). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; geliri giderinden az olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, geliri giderine denk olan ve geliri giderinden fazla olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır (p=0,001). Gelir durumuna göre hastaların GÖYÖ “Yılmama” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,001). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda geliri giderinden az olan hastaların ölçek alt boyutunda almış oldukları puanlar, geliri giderine denk olan ve

geliri giderinden fazla olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,001$). Gelir durumuna göre hastaların GÖYÖ “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi için Dunn-Bonferroni testi sonucunda; geliri giderinden az olan hastaların ölçek alt boyutu üzerinden almış oldukları puanlar, geliri giderine denk olan ve geliri giderinden fazla olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,001$). Hastaların gelir durumlarına göre GÖYÖ toplamından almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; geliri giderinden az olan hastaların ölçek toplamından almış oldukları puanlar, geliri giderine denk olan ve geliri giderinden fazla olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,001$).

Sosyal güvence varlığına göre hastaların GÖYÖ “Başlama” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; sosyal güvencesi yeşil kart olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, sosyal güvencesi bağkur, emekli sandığı ve SSK olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,001$). Sosyal güvence varlığına göre hastaların GÖYÖ “Yılmama” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; sosyal güvencesi yeşil kart olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, sosyal güvencesi bağ-kur, emekli sandığı ve SSK olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,001$). Sosyal güvencesi SSK olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, sosyal güvencesi bağkur olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,019$). Sosyal güvence varlığına göre hastaların GÖYÖ “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi için Dunn-Bonferroni testi sonucunda; sosyal güvencesi yeşil kart olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, sosyal güvencesi bağ-kur, emekli sandığı ve SSK olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,001$). Sosyal güvencesi SSK olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, sosyal güvencesi bağ-kur olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,023$). Hastaların sosyal güvence varlığına GÖYÖ toplamından almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-

Bonferroni testi sonucunda; sosyal güvencesi yeşil kart olan hastaların ölçek toplamından almış oldukları puanlar, sosyal güvencesi bağ-kur, emekli sandığı ve SSK olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,001$). Sosyal güvencesi SSK olan hastaların ölçek toplamından almış oldukları puanlar, sosyal güvencesi bağ-kur olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,037$).



4.8. Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Görüşlerinin Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları ile İlgili Bulgular

Hastaların hemodiyaliz tedavisi ile ilgili görüşlerinin Genel Öz Yeterlilik Ölçeği toplam ve alt boyutları ile ilgili bulgular Tablo 4.8.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Görüşleri ile Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=159)

| | | | Genel Öz Yeterlilik Ölçeği | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| | | | Başlama | Yılmama | Sürdürme Çabası- Israr | Toplam Puan | |
| Hastalık Süresi | <5 yıl (n=65) | <i>Ort±Ss</i> | 34.74±6.95 | 18.22±4.03 | 9.15±2.36 | 62.11±12.9 | |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 36 (15-44) | 19 (7-24) | 10 (4-14) | 63 (27-81) | |
| | 5-10 yıl (n=62) | <i>Ort±Ss</i> | 30.76±8.37 | 15.9±4.29 | 7.92±2.03 | 54.58±14.3 | |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 32.5 (13-44) | 16 (8-24) | 8 (5-12) | 56.5 (26-77) | |
| | ≥10 yıl (n=32) | <i>Ort±Ss</i> | 25.81±6.93 | 13.81±3.05 | 6.59±1.54 | 46.22±11.06 | |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 24 (14-41) | 12.5 (9-21) | 6 (4-10) | 43 (30-70) | |
| Test Değeri | | | χ^2 :26.707 | F:17.896 | F:20.424 | χ^2 :27.886 | |
| P | | | ^e 0.001** | ^d 0.001** | ^d 0.001** | ^e 0.001** | |
| Sürekli Kullanılan İlaç | Evet (n=131) | <i>Ort±Ss</i> | 30.71±8.36 | 16.07±4.23 | 7.94±2.18 | 54.72±14.37 | |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 32 (13-44) | 16 (8-24) | 8 (4-14) | 56 (26-81) | |
| | Hayır (n=28) | <i>Ort±Ss</i> | 34.57±6.58 | 18.11±4.18 | 9.18±2.52 | 61.86±12.92 | |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 37 (18-44) | 19 (7-23) | 10 (4-13) | 66.5 (29-78) | |
| | Test Değeri | | | Z:-2.186 | t:-2.320 | t:-2.652 | Z:-2.483 |
| | P | | | ^e 0.029* | ^f 0.022* | ^f 0.009** | ^e 0.013* |
| Hemodiyaliz Tedavi Süresi | ≤1 yıl (n=39) | <i>Ort±Ss</i> | 33.26±8.42 | 17.59±4.38 | 8.77±2.58 | 59.62±14.96 | |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 37 (14-44) | 19 (8-23) | 9 (4-13) | 65 (27-78) | |
| | 2-5 yıl (n=71) | <i>Ort±Ss</i> | 32.65±7.84 | 16.85±4.41 | 8.48±2.32 | 57.97±14.14 | |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 34 (13-44) | 17 (7-24) | 8 (4-14) | 61 (26-81) | |
| | 6-10 yıl (n=30) | <i>Ort±Ss</i> | 28.83±7.47 | 15.27±3.62 | 7.37±1.59 | 51.47±12.32 | |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 29.5 (15-40) | 16 (9-21) | 7 (5-10) | 52.5 (30-70) | |
| ≥10 yıl (n=19) | <i>Ort±Ss</i> | 26.89±8.02 | 14.32±3.62 | 6.95±1.75 | 48.16±13.05 | | |
| | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 25 (14-42) | 13 (9-22) | 6 (4-11) | 45 (30-75) | | |
| Test Değeri | | | F:13.471 | F:3.636 | F:5.834 | F:13.235 | |
| P | | | ^e 0,004** | ^d 0,014* | ^d 0,001** | ^e 0,004** | |

^cKruskal Wallis test ^dOneway ANOVA ^eMann Whitney U Test ^fStudent-t Test * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tablo 4.8: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi ile İlgili Görüşleri ile Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi (n=159) (Devamı)

| | | | Genel Öz Yeterlilik Ölçeği | | | |
|---|----------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| | | | Başlama | Yılmama | Sürdürme Çabası-İsrar | Toplam Puan |
| Hemodiyaliz Tedavisi Eğitimi | Evet (n=100) | <i>Ort±Ss</i> | 32,88±7,84 | 17,19±4,21 | 8,54±2,29 | 58,61±13,88 |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | | | | |
| | Hayır (n=59) | <i>Ort±Ss</i> | 35 (14-44) | 18 (9-24) | 8,5 (4-14) | 62 (29-81) |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 28,86±8,22 | 15,14±4,11 | 7,51±2,15 | 51,51±14,14 |
| | | Test Değeri P | Z:-3,043 *0,002** | t:2,998 f0,003** | t:2,805 f0,006** | Z:-3,051 *0,002** |
| Kronik Hastalık | Evet (n=140) | <i>Ort±Ss</i> | 30.4±8.1 | 15.91±4.23 | 7.88±2.2 | 54.19±14.1 |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | | | | |
| | Hayır (n=19) | <i>Ort±Ss</i> | 32 (13-44) | 16 (7-24) | 8 (4-14) | 56 (26-81) |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 38.68±4.3 | 20.26±2.28 | 10.21±1.9 | 69.16±7.94 |
| | | Test Değeri P | Z:-4.369 *0,001** | t:-6.875 f0,001** | t:-4.405 f0,001** | Z:-4.422 *0,001** |
| Hastalıkla Baş Etme Durumu | Evet (n=52) | <i>Ort±Ss</i> | 38.77±3.64 | 20.44±2.4 | 10.15±1.87 | 69.37±7.33 |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | | | | |
| | Hayır (n=107) | <i>Ort±Ss</i> | 40 (28-44) | 21 (12-24) | 10 (6-14) | 71.5 (48-81) |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 27.8±7.35 | 14.48±3.57 | 7.19±1.79 | 49.47±12.26 |
| | | Test Değeri P | Z:-8.479 *0,001** | t:12.443 f0,001** | t:9.653 f0,001** | Z:-8.571 *0,001** |
| Tedavi Sürecinde Destek Olan Kişiler | Evet (n=109) | <i>Ort±Ss</i> | 35.7±5.37 | 18.61±3.09 | 9.15±1.94 | 63.46±9.83 |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | | | | |
| | Hayır (n=50) | <i>Ort±Ss</i> | 37 (16-44) | 19 (11-24) | 9 (5-14) | 64 (32-81) |
| | | <i>Medyan (Min-Maks)</i> | 22±4.65 | 11.66±2.04 | 6±1.28 | 39.66±7.4 |
| | | Test Değeri P | Z:-9.352 *0,001** | t:16.838 f0,001** | t:12.132 f0,001** | Z:-9.354 *0,001** |

*Mann Whitney U Test fStudent-t Test *p<0,05**p<0,01

Hastalık süresine göre hastaların GÖYÖ “Başlama” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,001). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; hastalık süresi 5 yılın altında olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, hastalık süresi 5-10 yıl ve 10 yıl veya üzerinde olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,026). Hastalık süresi 5-10 yıl arasında olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, hastalık süresi 10 yıl veya üzerinde olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,009). Hastalık süresine göre hastaların GÖYÖ “Yılmama” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p=0,001). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda;

hastalık süresi 5 yılın altında olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, hastalık süresi 5-10 yıl ve 10 yıl veya üstünde olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,006). Hastalık süresi 5-10 yıl arasında olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, hastalık süresi 10 yıl veya üzerinde olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,021). Hastalık süresine göre hastaların GÖYÖ “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,001). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; hastalık süresi 5 yılın altında olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, hastalık süresi 5-10 yıl ve 10 yıl veya üzerinde olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,005). Hastalık süresi 5-10 yıl arasında olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, hastalık süresi 10 yıl veya üzerinde olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,002). Hastalık süresine göre hastaların GÖYÖ toplamından almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,001). Farklılığının belirlenmesi nedeniyle yapılan Dunn-Bonferroni testi sonucunda; hastalık süresi 5 yılın altında olan hastaların ölçek toplamından almış oldukları puanlar, hastalık süresi 5-10 yıl ve 10 yıl veya üzerinde olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,013). Hastalık süresi 5-10 yıl arasında olan hastaların ölçek toplamından almış oldukları puanlar, hastalık süresi 10 yıl veya üstünde olanlara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p=0,013).

Sürekli kullandığı ilaç olduğunu belirten hastaların GÖYÖ “Başlama”, “Yılmama”, “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutlarından ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar, ilaç kullanmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır (p=0,029).

Tedavi süresine göre hastaların Genel Öz Yeterlilik Ölçeği “Başlama” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,004). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; tedavi süresi 10 yıl ve üzerinde olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, tedavi süresi 1 yıl ve altında olan ve 2-5 yıl arasında olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır (p=0,026). Tedavi süresine göre hastaların GÖYÖ “Yılmama” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,014). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; tedavi süresi 10 yıl ve üzerinde olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar,

tedavi süresi 1 yıl ve altında olan hastalara göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,034$). Tedavi süresine göre hastaların GÖYÖ “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutundan almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Farklılığın belirlenmesi için Dunn-Bonferroni testi sonucunda; tedavi süresi 6-10 yıl arasında olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, tedavi süresi 1 yıl ve altında olan ve 2-5 yıl arasında olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,035$). Tedavi süresi 10 yıl ve üzerinde olan hastaların ölçek alt boyutundan almış oldukları puanlar, tedavi süresi 1 yıl ve altında olan ve 2-5 yıl arasında olan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,014$). Tedavi süresine göre hastaların GÖYÖ toplamından almış oldukları puanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,004$). Farklılığın belirlenmesi nedeniyle Dunn-Bonferroni testi sonucunda; tedavi süresi 10 yıl ve üzerinde olan hastaların ölçek toplamından almış oldukları puanlar, tedavi süresi 1 yıl ve altında olan ve 2-5 yıl arasında olan hastalara göre anlamlı düşük saptanmıştır ($p=0,020$).

Hemodiyaliz tedavisi ile ilgili eğitim alan hastaların GÖYÖ “Başlama”, “Yılmama”, “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutlarından ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar, eğitim almayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0,002$).

Kronik hastalığı olan hastaların GÖYÖ “Başlama”, “Yılmama”, “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutlarından ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar, kronik hastalığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır ($p=0,001$).

Hastalıkla baş ettiğini belirten hastaların GÖYÖ “Başlama”, “Yılmama”, “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutlarından ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar, baş edemeyen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0,001$).

Tedavi sürecinde destek olan kişilerin olduğunu belirten hastaların GÖYÖ “Başlama”, “Yılmama”, “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutlarından ve ölçek toplamından almış oldukları puanlar, destek olan kişilerin olmadığını belirten hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0,001$).

4.9. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ile Genel Öz Yeterlilik Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ile Genel Öz Yeterlilik arasındaki ilişki ile ilgili bulgular Tablo 4.9.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları ile Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki (n=159)

| | | Genel Öz Yeterlilik Ölçeği | | | | |
|--|-----------------------|----------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|
| | | Başlama | Yılmama | Sürdürme Çabası-Israr | Toplam Puan | |
| Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği | Aile Desteği | R | 0.839 ^a | 0.843 ^b | 0.749 ^b | 0.848 ^a |
| | | P | 0.001** | 0.001** | 0.001** | 0.001** |
| | Arkadaş Desteği | R | 0.806 ^a | 0.811 ^b | 0.714 ^b | 0.812 ^a |
| | | P | 0.001** | 0.001** | 0.001** | 0.001** |
| | Özel Bir Kişi Desteği | R | 0.835 ^a | 0.840 ^a | 0.737 ^a | 0.843 ^a |
| | | P | 0.001** | 0.001** | 0.001** | 0.001** |
| | Toplam Puan | R | 0.847 ^a | 0.860 ^b | 0.752 ^b | 0.857 ^a |
| | | P | 0.001** | 0.001** | 0.001** | 0.001** |

^ar=Spearman's Korelasyon Katsayısı

^br=Pearson Korelasyon Katsayısı **p<0,01

Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ “Aile Desteği” alt boyutundan almış oldukları puanlar ile GÖYÖ “Başlama” alt boyutundan alınan puanların arasında olumlu yönden (Aile desteği puanı arttıkça Başlama puanı artan) 0,839 düzeyindeki çok güçlü olan ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=0,839). Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ “Aile Desteği” alt boyutundan alınan puanlarla GÖYÖ “Yılmama” alt boyutundan alınan puanlarda olumlu açıdan (Aile desteği puanı arttıkça Yılmama puanı artan) 0,843 düzeyindeki çok güçlü olan ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=0,843). Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ “Aile Desteği” alt boyutundan aldıkları puanlar ile GÖYÖ “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında olumlu yönden (Aile desteği puanı arttıkça Sürdürme Çabası-Israr puanı artan) 0,749 düzeyindeki çok güçlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=0,749). Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ “Aile Desteği” alt boyutundan alınan puanlarla GÖYÖ toplamından alınmış olan puanların arasında olumlu yönden (Aile desteği puanı arttıkça ölçek toplam puanı artan) 0,848 düzeyindeki çok güçlü olan ilişki istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır (r=0,848).

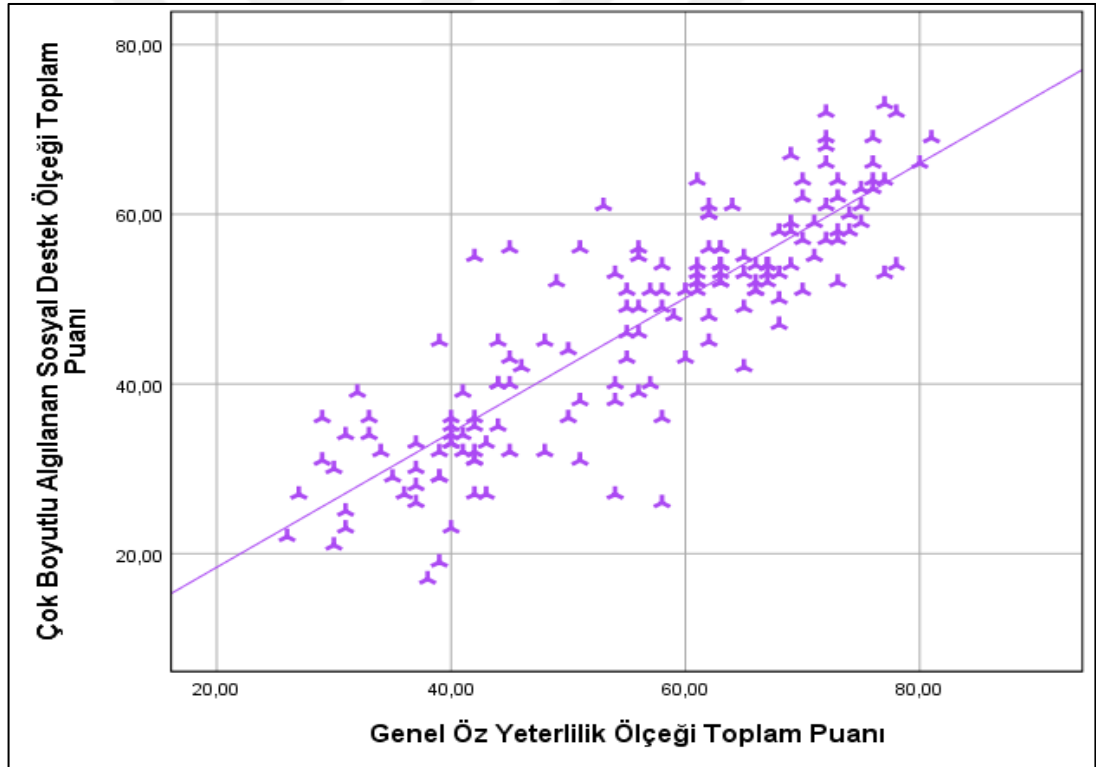
Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ “Arkadaş Desteği” alt boyutundan almış oldukları puanlarla GÖYÖ “Başlama” alt boyutundan alınan puanlarda olumlu yönden (Arkadaş desteği puanı arttıkça Başlama puanı artan) 0,806 düzeyindeki çok güçlü

ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($r=0,806$). Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ “Arkadaş Desteği” alt boyutundan alınan puanlarla GÖYÖ “Yılmama” alt boyutundan alınan puanlarda olumlu açıdan (Arkadaş desteği puanı fazlalaştıkça Yılmama puanı da fazlalaşan) $0,811$ düzeyindeki çok güçlü olan ilişki istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($r=0,811$). Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ “Arkadaş Desteği” alt boyutundan alınan puanlarla GÖYÖ “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutundan alınan puanlarda olumlu açıdan (Arkadaş desteği puanı arttıkça Sürdürme Çabası-Israr puanı artan) $0,714$ düzeyindeki çok güçlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($r=0,714$). Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ “Arkadaş Desteği” alt boyutundan alınan puanlarla GÖYÖ toplamından alınmış olan puanlarda olumlu yönden (Arkadaş desteği puanı fazlalaştıkça ölçek toplam puanı da fazlalaşan) $0,812$ düzeyindeki çok güçlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($r=0,812$).

Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ “Özel Bir Kişi Desteği” alt boyutundan alınan puanlar ile GÖYÖ “Başlama” alt boyutundan alınan puanlarda olumlu açıdan (Özel bir kişi desteği puanı fazlalaştıkça Başlama puanı da fazlalaşan) $0,835$ düzeyindeki çok güçlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($r=0,835$). Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ “Özel Bir Kişi Desteği” alt boyutundan alınan puanlar ile GÖYÖ “Yılmama” alt boyutundan alınan puanlarda olumlu açıdan (Özel bir kişi desteği puanı fazlalaştıkça Yılmama puanı fazlalaşan) $0,840$ düzeyindeki çok güçlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($r=0,840$). Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ “Özel Bir Kişi Desteği” alt boyutundan alınan puanlar ile GÖYÖ “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutundan alınan puanlarda olumlu açıdan (Özel bir kişi desteği puanı fazlalaştıkça Sürdürme Çabası-Israr puanı fazlalaşan) $0,737$ düzeyindeki çok güçlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($r=0,737$). Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ “Özel Bir Kişi Desteği” alt boyutundan alınan puanlar ile GÖYÖ toplamından alınan puanlarda olumlu açıdan (Özel bir kişi desteği puanı fazlalaştıkça ölçek toplam puanı fazlalaşan) $0,843$ düzeyindeki çok güçlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($r=0,843$).

Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ toplamından alınan puanlarla GÖYÖ “Başlama” alt boyutundan alınan puanlarda olumlu açıdan (Çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı fazlalaştıkça Başlama puanı fazlalaşan) $0,847$ düzeyindeki çok güçlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($r=0,847$). Çalışmaya katılan

hastaların ÇBASDÖ toplamından alınan puanlar ile GÖYÖ “Yılmama” alt boyutundan alınan puanlarda olumlu yönden (Çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı fazlaştıkça Yılmama puanı fazlaştı) 0,860 düzeyindeki çok güçlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($r=0,860$). Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ toplamından alınan puanlar ile GÖYÖ “Sürdürme Çabası-Israr” alt boyutundan alınan puanlarda olumlu yönden (Çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı fazlaştıkça arttıkça Sürdürme Çabası-Israr puanı fazlaştı) 0,752 düzeyindeki çok güçlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($r=0,752$). Çalışmaya katılan hastaların ÇBASDÖ toplamından alınan puanlar ile GÖYÖ toplamından aldıkları puanlarda olumlu açıdan (Çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı fazlaştıkça arttıkça ölçek toplam puanı fazlaştı) 0,857 düzeyindeki çok güçlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($r=0,857$).



Şekil 4.1: Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin Dağılımı

4.10. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteğin Genel Öz Yeterliliğe Etkisi ile İlgili Bulgular

Araştırmada Genel Öz Yeterlilik Ölçeği üzerine etkilerini belirlemek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda Aile ve Özel Bir Kişi Desteği puanlarının Genel Öz Yeterlilik toplam puanı üzerine etkileri anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Arkadaş Desteği puanının Genel Öz Yeterlilik üzerinde anlamlı etkisi bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.10: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanı Üzerine Etkisi

| Bağımlı Değişken | Bağımsız Değişken | β | T | p | F | Model (p) | R ² |
|---------------------|------------------------------|---------|-------|---------|---------|-----------|----------------|
| Genel Öz Yeterlilik | <i>Sabit</i> | 10,925 | 4,532 | 0,001** | 159,592 | 0,001** | 0,755 |
| | <i>Aile</i> | 1,352 | 3,641 | 0,001** | | | |
| | <i>Arkadaş Desteği</i> | 0,108 | 0,277 | 0,782 | | | |
| | <i>Özel Bir Kişi Desteği</i> | 1,351 | 4,640 | 0,001** | | | |

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyut puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanı üzerine etkilerini belirlemek üzere yapılan Çoklu Regresyon analizi Genel Öz Yeterlilik düzeyinin belirleyicisi olarak Aile ve Özel bir kişi desteği ile ilişkisinin olduğu görülmektedir. Aile ve özel bir kişi ile Genel Öz Yeterlilik açıklama oranı %75,5 olup güçlü düzeyde olduğu görülmektedir. Aile ve Özel Bir Kişi Desteği Genel Öz Yeterlilik düzeyini arttırmaktadır ($\beta:1,352$; $\beta:1,351$). Arkadaş Desteği ise Genel Öz Yeterlilik toplam puanı üzerine etkili bir değişken olarak saptanmamıştır ($p > 0,05$).

4.11. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Başlama Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisi

Araştırmada Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Başlama alt boyutu üzerine etkilerini belirlemek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda Aile ve Özel Bir Kişi Desteği puanlarının Başlama alt boyut puanı üzerine etkileri anlamlı bulunmuştur. Arkadaş Desteği puanının Başlama alt boyut puanı üzerinde anlamlı etkisi bulunmamıştır.

Tablo 4.11: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Başlama Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisi

| Bağımlı Değişken | Bağımsız Değişken | β | T | p | F | Model (p) | R ² |
|---------------------|------------------------------|---------|-------|---------|---------|----------------|----------------|
| Genel Öz Yeterlilik | Sabit | 5,664 | 3,981 | 0,001** | | | |
| | <i>Aile</i> | 0,643 | 2,934 | 0,004** | | | |
| | <i>Arkadaş Desteği</i> | 0,145 | 0,663 | 0,528 | 145,891 | 0,001** | 0,738 |
| | <i>Özel Bir Kişi Desteği</i> | 0,806 | 4,687 | 0,001** | | | |
| | | | | | | | |

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyut puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Başlama alt boyut puanı üzerine etkilerini belirlemek üzere yapılan Çoklu Regresyon analizi Başlama alt boyut düzeyinin belirleyicisi olarak Aile ve Özel bir kişi desteği ile ilişkisinin olduğu görülmektedir. Aile ve özel bir kişi ile Başlama alt boyut puanını açıklama oranı %73,8 olup güçlü düzeyde olduğu görülmektedir. Aile ve Özel Bir Kişi Desteği Başlama alt boyut düzeyini arttırmaktadır (β :0,643; β :0,806). Arkadaş Desteği ise Genel Öz Yeterlilik Başlama alt boyut puanı üzerine etkili bir değişken olarak saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.12. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Yılmama Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisi

Araştırmada Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Yılmama alt boyutu üzerine etkilerini belirlemek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda Aile ve Özel Bir Kişi Desteği puanlarının Yılmama alt boyut puanı üzerine etkileri anlamlı bulunmuştur. Arkadaş Desteği puanının Yılmama alt boyut puanı üzerinde anlamlı etkisi bulunmamıştır.

Tablo 4.12: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Yılmama Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisi

| Bağımlı Değişken | Bağımsız Değişken | β | T | p | F | Model (p) | R ² |
|---------------------|-----------------------|---------|-------|---------|---------|-----------|----------------|
| Genel Öz Yeterlilik | Sabit | 3,075 | 4,240 | 0,001** | | | |
| | Aile | 0,446 | 3,996 | 0,001** | | | |
| | Arkadaş Desteği | - | - | 0,794 | 155,854 | 0,001** | 0,751 |
| | Özel Bir Kişi Desteği | 0,031 | 0,262 | | | | |
| | | | 0,416 | 4,745 | 0,001** | | |

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyut puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Yılmama alt boyut puanı üzerine etkilerini belirlemek üzere yapılan Çoklu Regresyon analizi Yılmama alt boyut düzeyinin belirleyicisi olarak Aile ve Özel bir kişi desteği ile ilişkisinin olduğu görülmektedir. Aile ve özel bir kişi ile Yılmama alt boyut puanını açıklama oranı %75,1 olup güçlü düzeyde olduğu görülmektedir. Aile ve Özel Bir Kişi Desteği Yılmama alt boyut düzeyini arttırmaktadır (β :0,446; β :0,416). Arkadaş Desteği ise Genel Öz Yeterlilik Yılmama alt boyut puanı üzerine etkili bir değişken olarak saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.13. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Sürdürme Çabası Israr Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisi

Araştırmada Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Sürdürme Çabası Israr alt boyutu üzerine etkilerini belirlemek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda Aile ve Özel Bir Kişi Desteği puanlarının Sürdürme Çabası Israr alt boyut puanı üzerine etkileri anlamlı bulunmuştur. Arkadaş Desteği puanının Sürdürme Çabası Israr alt boyut puanı üzerinde anlamlı etkisi bulunmamıştır.

Tablo 4.13: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Sürdürme Çabası Israr Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisi

| Bağımlı Değişken | Bağımsız Değişken | β | T | p | F | Model (p) | R ² |
|---------------------|------------------------------|---------|-------|----------------|---------------|----------------|----------------|
| Genel Öz Yeterlilik | Sabit | 2,186 | 4,312 | 0,001** | | | |
| | <i>Aile</i> | 0,263 | 3,362 | 0,001** | | | |
| | <i>Arkadaş Desteği</i> | - | - | 0,934 | 69,753 | 0,001** | 0,574 |
| | <i>Özel Bir Kişi Desteği</i> | 0,007 | 0,082 | | | | |
| | | | 0,130 | 2,118 | 0,036* | | |

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyut puanlarının Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Sürdürme Çabası Israr alt boyut puanı üzerine etkilerini belirlemek üzere yapılan Çoklu Regresyon analizi Sürdürme Çabası Israr alt boyut düzeyinin belirleyicisi olarak Aile ve Özel bir kişi desteği ile ilişkisinin olduğu görülmektedir. Aile ve özel bir kişi ile Sürdürme Çabası Israr alt boyut puanını açıklama oranı %57,4 olduğu görülmektedir. Aile ve Özel Bir Kişi Desteği Sürdürme Çabası Israr alt boyut düzeyini arttırmaktadır (β :0,263; β :0,130). Arkadaş Desteği ise Genel Öz Yeterlilik Sürdürme Çabası Israr alt boyut puanı üzerine etkili bir değişken olarak saptanmamıştır ($p>0,05$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sosyal desteğin öz yeterliliğe etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada, çalışmaya katılan hemodiyaliz hastalarının yaş ortalaması $57,65 \pm 9,88$ yıl olup, hastaların çoğunluğunu kadın, evli, yaşamlarını köyde geçirdiğini, çekirdek aile yapısına sahip, lise mezunu, çalışmayan, gelir durumu iyi olmadığı görüldü (Tablo 4.1). Hastaların haftada 3 kez hemodiyaliz tedavisi aldığı, diyabet ve hipertansiyon hastalığının olduğu görülmüştür. Hastaların hastalıkla baş edemedikleri ve tedavi sürecinde destek olan kişilerin olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.).

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğine ait soruların toplamından almış oldukları puanların ortalaması $46,95 \pm 13,18$ olarak bulunmuştur. Hastaların ÇBASDÖ alt boyutlarından almış oldukları puanların ortalamaları; ‘‘Aile Desteği’’ alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $14,31 \pm 4,67$ olarak, ‘‘Arkadaş Desteği’’ alt boyutundan almış oldukları puan ortalaması $14,80 \pm 4,47$ olarak, Özel Bir Kişi Desteği alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $17,84 \pm 4,49$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.3.). Bu doğrultuda araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının orta düzeyde sosyal desteğe sahip oldukları saptanmıştır. Ayrıca hastaların en fazla sosyal desteği özel bir kişiden aldıkları bulunmuştur. Büyükbayram ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında hastaların ÇBASDÖ maddeleri puan ortalamalarının aile alt boyutunda $18,95 \pm 5,64$, arkadaş alt boyutunda $12,06 \pm 6,41$, özel bir insan alt boyutunda $15,41 \pm 7,50$ arasında değiştiği ve toplam puan ortalaması $46,42 \pm 16,41$ olarak belirtilmiştir. Büyükbayram ve arkadaşlarının yapmış olduğu bu çalışmadan; hastaların sosyal desteğinin orta düzeyde olduğu ve en çok desteği aileden aldıkları saptanmıştır. Çiftçi'nin (2019) yapmış olduğu araştırmada hastaların ÇBASDÖ maddeleri puan ortalamalarının aile alt boyutunda $5,89-6,21$, arkadaş alt boyutunda $4,79-5,23$, özel bir insan alt boyutunda $5,16-5,33$ arasında değiştiği, toplam puan ortalaması $65,16 \pm 16,43$ olarak belirtilmiş ve hastaların sosyal destek düzeylerinin orta seviyeden daha yüksek olduğu ve en çok desteği aileden aldıkları saptanmıştır. Şahin'in (2007) yapmış olduğu araştırmada hastaların ÇBASDÖ maddeleri puan ortalamalarının ‘‘aile’’ alt boyutunda $24,5 \pm 6,3$, arkadaş alt boyutunda $15,0 \pm 8,8$, özel bir insan alt boyutunda $14,1 \pm 8,8$ ve toplam

puan ortalaması ise 53.9 ± 18.3 olarak belirtilmiş, sosyal desteğin en fazla aileden aldıkları ve sosyal destek düzeylerinin orta seviyede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gurlaş'ın (2016) yapmış olduğu araştırmada hastaların ÇBASDÖ maddeleri puan ortalamalarının aile alt boyutunda 25.15 ± 5.10 , arkadaş alt boyutunda 15.23 ± 8.30 , özel bir insan alt boyutunda 16.24 ± 8.95 ve toplam puan ortalaması ise 56.63 ± 18.43 olarak belirtilmiş, hastaların algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu ve en çok desteği aile üyelerinden aldıkları saptanmıştır. Canpolat'ın (2018) yapmış olduğu araştırmada hastaların ÇBASDÖ maddeleri puan ortalamalarının aile alt boyutunda 20.22 ± 0.65 , arkadaş alt boyutunda 19.59 ± 0.66 , özel bir insan alt boyutunda 19.06 ± 0.71 ve toplam puan ortalaması ise 58.88 ± 1.89 olarak belirtilmiş, hastaların sosyal desteklerinin yüksek olduğu ve en fazla sosyal desteği ailelerinden aldıkları saptanmıştır. Yaşkesen'in (2018) yapmış olduğu araştırmada hastaların ÇBASDÖ maddeleri puan ortalamalarının aile alt boyutunda $24,39 \pm 7,49$, arkadaş alt boyutunda $16,45 \pm 9,19$, özel bir insan alt boyutunda $13,96 \pm 9,60$ ve toplam puan ortalaması ise $54,79 \pm 20,26$ olarak belirtilmiş, hastaların sosyal desteği en fazla aileden aldıkları ve sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Alakaş'ın (2021) yapmış olduğu araştırmada hastaların ÇBASDÖ maddeleri puan ortalamalarının aile alt boyutunda $23,66 \pm 3,37$, arkadaş alt boyutunda $15,24 \pm 5,76$, özel bir insan alt boyutunda $15,54 \pm 6,02$ ve toplam puan ortalaması ise $54,44 \pm 12,53$ olarak belirtilmiş, hastaların sosyal desteğinin normalin üstünde olduğu ve en çok desteği aile üyelerinden aldıkları saptanmıştır. Demirel'in (2021) yapmış olduğu araştırmada hastaların ÇBASDÖ maddeleri puan ortalamalarının aile alt boyutunda $24,06 \pm 4,18$, arkadaş alt boyutunda $21,15 \pm 5,12$, özel bir insan alt boyutunda $21,67 \pm 4,78$ ve toplam puan ortalaması ise $66,90 \pm 12,34$ olarak belirtil, hastaların sosyal desteklerinin yüksek olduğu ve en çok desteği aileden aldıkları saptanmıştır. Araştırma ve yapılan diğer çalışmalar da incelendiğinde, hastaların sosyal destek düzeylerinin orta seviyede olduğu anlaşılmaktadır. Hemodiyaliz tedavisinin haftada 3 kere ve hastanın uzun süre makineye bağlı olması, hastalık süresinin uzun olması, gelir durumunun iyi olmaması sosyal desteği olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan 45 yaş ve altı hastaların sosyal destek algılarının yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.). Alakaş'ın (2021) çalışmasında yaşın hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda sosyal desteğe etkisi olmadığı belirtilmiştir. Karabulutlu ve arkadaşlarının (2005) hemodiyaliz tedavisi alan hastalar

ile ilgili yaptığı çalışmada sosyal desteğin yaş faktöründen etkilenmediğini bildirmiştir. Biçer ve Bayat'ın (2012) ise diyaliz hastalarında yaptığı çalışmada; 60 yaş ve üstü yaş grubunda olan hastaların sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Çiftçi'nin (2019) çalışmasına katılım sağlayan hastaların yaşları ile sosyal destek arasındaki ilişki incelendiği vakit anlamlı, pozitif yönlü olacak şekilde ve düşük düzeyde bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Gurlaş'ın (2016) çalışmasında 60 yaş ve üstü yaş grubundaki hastaların sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bu veriler doğrultusunda yaş aldıkça sosyal destek düzeylerinde azalma olduğu saptanmıştır. Yaş artıkça fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda gerileme, kronik hastalıkların getirmiş olduğu psiko-sosyal problemler, rol ve statü kaybı, yaşlanma ile ortaya çıkan komplikasyonlar ve sosyal yaşantıdaki azalmaya bağlı olarak sosyal destek düzeylerinde azalma görülebilir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan kadınların sosyal destek puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.). Şahin'in (2007) diyaliz tedavisi alan hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmasında araştırmamıza paralel olarak kadın hastaların sosyal destek puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Gurlaş'ın (2016) çalışmasında ise erkek hastaların sosyal destek düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yaşkesen (2018) hemodiyaliz uygulanan hastalarda yorgunluk ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında erkek hastaların sosyal destek düzeylerinin kadın hastalara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Kadınların kendi sosyal çevresiyle paylaşımlarının, iletişimlerinin erkeklere oranla daha yüksek olduğunu varsayarak kadınların sosyal destek düzeyinin bu sebepten ötürü yüksek olduğu düşünülebilir. Diğer çalışmalarda erkek hastaların sosyal destek düzeylerinin daha yüksek bulunması Türk toplumunun ataerkil yapısı, erkeklerin toplumsal statüsünün yüksek olması ve ailede erkeğe verilen değerin fazla olmasından kaynaklanmış olabilir.

Eğitim durumlarına göre hastaların ÇBASDÖ toplamından alınan puan toplamları arasında istatistiksel olacak şekilde anlamlı şekilde fark olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4.). Okuryazar olmayan hastaların sosyal destek algısının düşük olduğu bulunmuştur. Şahin'in (2007) araştırmasında üniversite mezunu olan hastaların sosyal destek puanı okuma yazma bilmeyen, okur-yazar, ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşıldığını belirtmiştir. Yaşkesen (2018) araştırmasında üniversite mezunu hastaların diğer eğitim gruplarına oranla çok

boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının yüksek olduğunun saptandığı belirtilmiştir. Gurlaş'ın (2016) hemodiyaliz uygulanan hastalarda yorgunluk ile sosyal destek arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada hastaların eğitim düzeylerinin artmasıyla sosyal destek puan ortalamalarının arttığını belirtmiştir. Eğitim seviyesinin düşük olan hastalarda bilgiye ulaşmada zorluk, genel sağlık bilgileri ve bilinçlerinin düşük düzeyde var olması, beklentilerin az olması hastalıkları ile ilgili süreçlerde yeterli bilgiye sahip olmamalarının bu farklılığa sebep olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda evli olanların sosyal destek algısı yüksektir (Tablo 4.4.). Alakaş'ın (2021) hemodiyaliz tedavisi alan hastalar ile yapmış olduğu çalışmada araştırmamıza paralel olarak evli hastaların sosyal destek puanlarının bekarlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Aynı şekilde Çiftçi'nin (2019) çalışmasında da evli hastaların sosyal destek puanlarının bekarlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bulgularımızdan farklı olarak Yaşkesen'in (2018) çalışmasında evli hastaların sosyal destek puanlarının bekar ve boşanmış/dul olan hastalara göre daha düşük olarak bulunduğu belirtilmiştir. Elde edilen veriler ve diğer araştırmalar incelendiğinde, evli olan hastaların sosyal destek puanları bekar olan hastalardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Hemodiyaliz tedavisi alan evli hastaların bekar hastalara göre sosyal destek algısının yüksek çıkma nedeni; düzenli bir yaşam, iyi bir eş ve var ise çocuk varlığının vermiş olduğu evlat sevgisinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmada ailesiyle beraber yaşayan hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.). Çalışmamıza paralel olacak şekilde Gurlaş'ın (2016) araştırmasında çocukları ile yaşayan diyaliz tedavisi alan hastaların sosyal destek düzeyleri daha düşük çıktığı belirtilmiştir. Aynı şekilde benzerlik gösteren bir diğer çalışma ise Polat ve Bayrak Kahraman'ın (2013) yaşlı hastalarda yapmış olduğu çalışmada, tek başına yaşayan hastaların sosyal desteklerinin daha düşük olduğunu belirtilmiştir. Yaşkesen'in (2018) çalışmasında başka aile bireyleriyle yaşam sürdüren hemodiyaliz hastalarının tek yaşayan hastalara göre sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızın bulgularının tersine Akgöz ve Arslan'ın (2017) hemodiyaliz tedavisi alan hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada yalnız yaşayanların sosyal destek puan ortalamaları diğer aile üyeleriyle yaşam sürdürenlere göre daha yüksek çıktığı belirtilmiştir. Anne,

babasını, çocuğunu veya yakınlarını kaybetmiş ya da hayatta olup da onlarla sağlıklı iletişim kuramayıp yalnız yaşamak zorunda kalan insanlar içe kapanarak, sosyal hayatlarından uzaklaşarak, çevreleriyle etkileşimi keserek sosyal destek düzeylerini düşürmüş olabilirler.

Araştırmada aile tipi çekirdek olan hemodiyaliz tedavisi gören hastaların aile tipi geniş olanlara göre sosyal destek puanları anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Tablo 4.4.). Araştırmamıza paralel olmayacak şekilde Alakaş'ın (2021) çalışmasında geniş aile tipine sahip olan hastaların sosyal destek düzeyleri çekirdek aile tipine sahip hastalardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Araştırmamızla paralellik gösteren Yaşkesen'in (2018) çalışmasında çekirdek aile yapısına sahip olan hastaların sosyal destek düzeyleri, geniş ve parçalanmış aile yapısına sahip hastalardan daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu durumun kalabalık aile yapısına sahip hastaların üzerine yüklenmiş sorumluluk, bakmakla mükellef ailesinin olması ve çalışmak zorunda kalmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülebilir.

Araştırmada gelir durumu giderden fazla olan hastaların sosyal destek düzeyleri, gelir durumu giderden az olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Tablo 4.4.). Alakaş'ın (2021) çalışmasında gelir durumu gidere eşit olan hastalarda sosyal destek düzeyi diğer hastaların sosyal destek düzeylerine oranla daha fazla olduğu belirtilmiştir. Gurtaş'ın (2016) çalışmasında gelir düzeyi iyi olan diyaliz hastalarının sosyal destek düzeyleri gelir düzeyi kötü olanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Şahin'in araştırmasında gelir durumu çok iyi olan hastaların sosyal destek düzeyleri; gelir durumu iyi, orta, kötü, çok kötü olan hastalara göre yüksek bulunmuştur. Durna ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2000); gelir durumlarını "muhtaç durumdayım" ifadesiyle belirten hastalar, gelir durumunu orta ve iyi olarak belirtenlere göre daha az sosyal desteğe sahip olduklarını söylemişlerdir. Araştırma sonuçları bulgularımızla paralellik göstermektedir. Elde edilen veriler ve yapılan diğer araştırmalar doğrultusunda gelir durumunun sosyal destek üzerinde etkili olduğu ve gelir durumu kötü olan hastaların KBY'nin yanı sıra yaşadıkları maddi problemlerin sosyal desteği negatif yönlü etkilediği düşünülebilir.

Araştırmada KBY dışında ek kronik hastalığı olmayan bireylerin sosyal destek düzeyleri, ek kronik hastalığa sahip bireylerden anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.). Alakaş'ın (2021) çalışmasında ek kronik hastalığı olmayan bireylerin sosyal destek düzeyleri, ek kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek

olduđu belirtilmiřtir. Arslantař ve Ergin'in (2011) alıřmasında kronik hastalıđı olan bireylerin aile ve arkadař sosyal destekleri dűřuk olduđu belirtilmiřtir. Bireylerde kronik hastalık sayısı artıkça maddi ve manevi yűkűn altına girmektedirler. Hastanedeki tedavi ve yatıř süreleri uzamaktadır, bařka bir bireye bađımlılık artmakta ve dıř çevreyle olan iletiřiminde azalmalar olmaktadır. Ek kronik hastalıđı olan bireylerin sosyal destek dűzeylerinin dűřuk olmasının sebebi bunlar olmuř olabilir.

Araştırmada KBY tanısını son 5 yıldan önce alan hastaların sosyal destek dűzeyleri, hastalık süresi 5 yıldan fazla olanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.). Yařkesen'in (2018) alışmasında hastalık süresine göre alınan sosyal destek dűzeyi karşılaştırılmış ve anlamlılık saptanmadığı belirtilmiştir. Hemodiyaliz süresi ve KBY süresi uzadıkça hasta da, hasta yakını da, kronik bűbrek yetmezliğinin ve diyalizin neden olduğu stres faktűrleriyle karşı karşıya kalacakları için hastalığın tanı süresi uzadıkça sosyal destek dűzeyi dűřecektir.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan hastaların genel öz yeterlilik leđine ait soruların toplamından almış oldukları puanların ortalaması $55,97\pm 14,35$ olarak bulunmuştur. Bu değer doğrultusunda araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının orta dűzeyin űzerinde öz yeterliliğe sahip oldukları saptanmıştır. Hastaların Genel z Yeterlilik leđi Bařlama alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama $31,39\pm 8,19$ olarak, Yılmama alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama $16,43\pm 4,28$ olarak, Sűrdürme abası-Israr alt boyutundan aldıkları puanlar ortalama $8,16\pm 2,29$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.6.). Gurlař'ın (2016) diyaliz tedavisi alan hastalarla yaptığı çalışmasında öz yeterlilik puan ortalamasının $22,41\pm 6,62$ olduğunu belirtmiş, hastaların Y dűzeylerinin dűřuk olduğu saptanmıştır. şimşek'in (2018) z yeterliliği belirlemek amacıyla hemodiyaliz tedavisi alan hastalarla yapmış olduğu çalışmasında öz yeterlilik puan ortalamasının $48,45\pm 13,42$ olduğunu belirtilmiş, hastaların Y dűzeylerinin orta seviyede olduğu saptanmaktadır. Usta Yeřilbalkan ve ark.'nın (2005) periton diyalizi hastalarının öz yeterliliklerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada hastaların öz yeterlilik puan ortalamasının $22,96\pm 4,75$ olduğunu belirtmiş, sonuca bakıldığı zaman hastaların Y dűzeylerinin dűřuk olduğu saptanmıştır. Tsay'ın (2003) alışmasında hemodiyaliz tedavisi alan hastaların öz yeterlilik dűzeylerinin orta dűzeyin űzerinde olduğunu belirtmiştir. Gűler'in (2022) alışmasında hastaların öz yeterlilik puan ortalamasının $30,08\pm 5,71$ olduğunu, yani hastaların Y dűzeylerinin dűřuk bulunduğunu belirtmiştir. Biçer (2020) alışmasında hastaların öz yeterlilik

puan ortalamasının 27.57 ± 9.46 olduğunu belirterek hastaların ÖY düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Mollaoğlu ve Bağ (2009) çalışmasında hastaların genel öz yeterliğinin orta düzeyde bulunduğunu belirtmiştir. Bektaş Akpınar ve ark. (2019) çalışmasında hastaların genel öz yeterlilik düzeylerinin düşük olduğunu belirtmiştir. Biçer ve Karabulutlu'nun (2020) çalışmasında hastaların genel öz yeterlik puan ortalamasının 27.57 ± 9.46 olduğu belirtilmiştir. Araştırma ve yapılan diğer çalışmalar da incelendiğinde, hastaların genel öz yeterlilik düzeylerinin düşük veya orta düzeyin üzerinde olduğu anlaşılmaktadır. Öz yeterlilik kavram olarak bireyin istediği standartlara ulaşması ile yükselmektedir. Bu çalışmada da tedavi alan hastaların tedavi ile uyumu, kendilerine olan güveni, çevre desteği ve kendilerine çizdikleri sınırlara ulaşmaları öz yeterlilik düzeylerini ortalamanın üzerinde kılmaktadır.

Araştırmada hemodiyaliz tedavisi alan 45 yaş ve altı hastaların genel öz yeterlilik düzeyi üzerinden puanların toplamı diğer yaş gruplarına göre anlamlı olacak şekilde daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.7.). Çalışmamıza paralel olacak şekilde Biçer'in (2020) çalışmasında hastaların 18-30 yaş ve 31-45 yaş grubunun 66+ yaş grubuna göre genel öz yeterlilik düzeyi toplam puanlarının daha yüksek düzeyde bulunduğu belirtilmektedir. Mollaoğlu ve Bağ'ın (2009) yapmış olduğu çalışmada yaş ilerledikçe öz etkililik durumunun azaldığı belirtilmektedir. Sol'un (2005) yapmış olduğu çalışmada genç hastaların öz etkililik puanının yüksek olduğu belirtilmektedir. Gurlaş'ın (2016) çalışmasında 40 ve altı yaş grubunun genel öz yeterlilik toplam puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek düzeyde bulunduğu belirtilmektedir. Mollaoğlu ve Bağ'ın (2009) yaptığı çalışmada yaşlandıkça öz yeterlilik düzeyinin azaldığını belirtmektedir. Şimşek'in çalışmasında 18-34 yaş aralığında olan hasta grubunun genel öz yeterlilik toplam puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek düzeyde bulunduğu belirtilmektedir.

Araştırmada eğitim durumuna göre okuryazar olmayan hastaların ölçek toplamından almış oldukları puanlar, lise ve lise üstünde olan hastalara göre anlamlı seviyede düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7.). Bu durum eğitim seviyesi düşüğe bilgiye ulaşmada zorluk, sağlığa ilişkin beklentilerin az olması, hastalıkla baş etmede güçlük, tedavi yöntemlerini araştırma, bilgi alma, bilgiyi kullanma, ekip ile iletişim ilişkilerinde iyi olma, güncel yöntemleri takip etme durumlarının eksik veya yeterli olmamasıyla ilişkilendirilebilir. Çalışmamızla paralellik gösteren Biçer'in (2020) çalışmasında okuryazar olmayan hemodiyaliz hastalarının genel öz yeterlilik düzeylerinin üniversite

mezunu hastalara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Muz ve Eğlence'nin (2013) çalışmasında okur-yazar olan grubun genel öz yeterlilik puanları, yüksekokul mezunu hasta grubuna göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Gurlaş'ın (2016) çalışmasında okuryazar olmayan hemodiyaliz hastalarının öz yeterlilik düzeyleri çalışmamızla paralellik göstererek lise mezunu hastalara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Eğitim seviyesinin düşük olması öz yeterlilik düzeyini olumsuz etkileyen önemli bir değişkendir.

Araştırmada medeni durumu evli olan hemodiyaliz hastalarının ölçek toplamından almış oldukları puanlar, bekar hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.7.). Evli bireylerin eş ve çocuk gibi sosyal destek faktörlerinin olması bekar bireylere göre durumu daha yüksek kılmaktadır. Araştırmadan farklı olarak Bektaş Akpınar ve ark. (2019) çalışmasına katılım sağlayan hemodiyaliz hastalarında medeni durumun bireylerin öz yeterliliklerini etkilemediği belirtilmiştir. Aynı şekilde araştırmamıza paralel olmayan Biçer'in (2020) çalışmasında bekar hastaların öz yeterlilik düzeyleri, evli hastalara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Alemdar ve Pakyüz (2015) çalışmasında evli hastaların öz bakım gücünün bekar hastalardan daha iyi olduğu belirtilmiştir. Gurlaş'ın çalışmasında bekar olan hastaların öz yeterlilik puanlarının evlilere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Diğer araştırmalarla benzerlik göstermeyen çalışmamızda bekar hastaların öz yeterlilik düzeylerinin, evli hastalara göre daha düşük olmasının nedeni; bekar hastaların çok fazla sorumluluk üstlenmemiş olması olabilir.

Araştırmada aile tipi çekirdek olan hemodiyaliz tedavisi gören hastaların, aile tipi geniş olanlara göre öz yeterlilik düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Tablo 4.7.). Aile tipi geniş olan hastalarda; aile üye sayısı artışı beraberinde sorumluluk iş yükü artışına sebep olduğu için hasta bireye ayrılacak zaman, çekirdek aile yapısına kıyasla azalmaktadır. Biçer'in (2020) çalışmasında öz yeterliliğin geniş ve çekirdek aile tipine sahip hastaları etkilemediği ama parçalanmış aile tipine sahip hastalarda düşük olduğu belirtilmiştir. Öz yeterlilik ve aile tipi arasındaki ilişkiyi incelemek için literatüre bakıldığında; hemodiyaliz tedavisi alan hastaların aile tipinin öz yeterlilik düzeyine etkisini inceleyen araştırmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Çekirdek aile yapısına sahip hastalardaki öz yeterliliğin yüksek olmasına; aile üye sayılarının artıkça bireye sorumluluğun daha fazla yüklenmesi, maddi açıdan bireyin

problemler yaşıyor olması ve sorumluluklarından dolayı ekstra zamanının olmaması neden olmuş olabilir.

Araştırmada gelir durumu giderden fazla olan hastaların öz yeterlilik düzeyleri, gelir durumu giderden az olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Bu sonuç gelir durumu düşük olan bireylerin yaşadıkları maddi problemlerin hastalığa uyum ve baş etme düzeylerini olumsuz etkilemesinden, tedavi, beslenme, sağlık bakım hizmetlerini almada, sağlık merkezlerine ulaşımında yetersizlikler yarattığı için kaynaklanıyor olabilir Araştırmamızla paralellik gösteren Bektaş Akpınar ve ark. (2019) çalışmasında da gelir durumu giderden fazla olan hastaların öz yeterlilik düzeyleri, gelir durumu giderden az olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir. Kurban ve Akten' in (2018) çalışmasında da gelir durumu düşük olan hastaların öz yeterliliklerinin azaldığı belirtilmiştir. Muz ve Eğlence'nin (2013) çalışmasında geliri giderden fazla olan hastaların, geliri giderden az olan hastalara göre öz yeterlilik düzeyleri daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Gelir durumu giderden fazla olan hastaların; rahatsızlandıkları vakit hastaneye ulaşmaları, tedaviyi karşılayacak masrafları karşılama gibi sıkıntıları daha az yaşayacakları için öz yeterlilik düzeyleri daha yüksek olmuş olabilir.

Araştırmada KBY tanısını son 5 yıldan önce alan hastaların öz yeterlilik düzeyleri, hastalık süresi 5 yıldan fazla olanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8.). Araştırmadan farklı olarak sonuca ulaşan Biçer ve Karabulutlu'nun (2020) çalışmasında hastalık süresinin öz yeterlilik üzerinde anlamlı bir değişikliğe neden olmadığı belirtilmiştir. Biçer'in (2020) çalışmasında da hastalık tanı süresinin öz yeterlilik düzeyi üzerinde anlamlı değişikliğe neden olmadığı belirtilmiştir. Araştırmamızla paralellik gösteren Bektaş Akpınar ve ark. (2019) çalışmasında hastalık süresi uzayan ve tedaviye bağlı fiziksel yetersizlik yaşayan hastaların genel öz yeterlilik düzeylerinin diğer gruplardan düşük olduğu saptanmıştır. Hemodiyaliz hastalarının hastalık süreleri uzadıkça hastaların yeti yitimleri artması, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmaları, başkalarına bağımlı hale gelmeleri öz yeterlilik düzeylerini azaltmış olabilir.

Hastaların fiziksel ve psikolojik sorunlarla baş etmesinde, kendisini daha iyi hissetmesinde algıladığı sosyal destek önem taşımaktadır. Hastaların çevrelerinden aldığı destek arttıkça belli bir performansı başarılı bir şekilde yerine getirebileceklerine dair inançları da artmaktadır. Çalışmada sosyal destek ve öz yeterlilik arasında pozitif

yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9.). Hastaların algıladıkları sosyal destek arttıkça öz yeterlilik düzeyleri de artmaktadır. Literatüre bakıldığında Şimşek'in (2018) çalışmasında ve Bağ ve arkadaşlarının (2008) diyaliz hastalarıyla yapmış oldukları bir çalışmada sosyal destek düzeyi ile öz yeterlilik düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Literatürde öz yeterlik ve sosyal destek düzeylerini inceleyen farklı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Albayrak Okçin ve Gerçeklioğlu, 2013; Albal ve Kutlu, 2010).



ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ

Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sosyal Desteğin Öz Yeterliliğe Etkisi çalışma sonucunda;

- Hastaların çoğunluğunun kadın, evli, yaşamlarını köyde geçirdiği, çekirdek aile yapısına sahip, lise mezunu, çalışmayan, gelir durumu iyi olmadığı, haftada 3 kez hemodiyaliz tedavisi aldığı, diyabet ve hipertansiyon hastalığının olduğu, hastalıkla baş edemedikleri ve tedavi sürecinde destek olan kişilerin olduğu görüldü.
- Hastaların sosyal destek puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde olduğu belirtilebilir.
- Sosyal destek düzeyinin; yaş, eğitim, medeni durum, yaşanılan yer, yaşanılan kişi, aile tipi, çalışma durumu, meslek, gelir durumu, sosyal güvence, hastalık süresi, sürekli ilaç kullanma durumu, ek kronik hastalık varlığı, hastalıkla baş etme durumu ve tedavi sürecinde destek olan kişilerin varlığı gibi faktörlerden etkilendiği görüldü.
- Hastaların öz yeterlilik puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde olduğu belirtilebilir.
- Hastaların öz yeterlilik düzeylerinin; yaş, eğitim, medeni durum, yaşanılan kişi, aile tipi, çalışma durumu, gelir, sosyal güvence, hastalık süresi, devamlı ilaç kullanma durumu, tedavi süresi, hemodiyaliz ile ilgili eğitim alma durumu ve tedavi sürecinde destek olan kişilerin varlığından etkilendiği belirtilebilir.
- Sosyal destek düzeyi artıkça hastaların öz yeterlilik düzeylerinin de arttığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyal destek ve öz yeterlilik düzeylerinin belirli aralıklarla değerlendirilmesi,
- Sosyal destek ve öz yeterlilik düzeyleri düşük olan hastalara düzenli aralıklar ile danışmanlık ve eğitim verilmesi,

- Hasta ve ailesinin sağlık görevlileriyle birlikte organize olarak hemodiyaliz tedavisi gören hastaların diğer hastalarla iyi iletişim kurabilmeleri için belirli aralıklarla aktivitelerin planlanması,
- Düşük sosyal destek ve öz yeterliliğe sahip hastaların mevcut durumlarından daha kötü olmamaları açısından ek hastalıkların tanı ve tedavisi konusunda hassas olunması gerektiği,
- Hemodiyaliz hastalarının kendi bakımları ile ilgili karar vermeleri için desteklenmesi,
- Araştırmanın farklı kurumlarda daha büyük örnekleme yapılması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Akdemir, N. (2020). İdrar Yolları-Böbreklerin Yapı ve Fonksiyonları. Kapucu, S., Kutlutürkan, S., Akyar, İ., (Ed.), *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 1(2): 701-785 Akademisyen Kitapevi, Ankara.
- Akgöz, N., Arslan, S. (2017). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yaşanan Semptomların İncelenmesi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1(12).
- Akoğlu, E., Süleymanlar, G. (2005). Kronik Böbrek Yetmezliği. İlişkin, G., Biberoglu, K., Ünal, S., (Ed.), *Temel İç Hastalıkları*, 1(2): 1298-1320 Güneş Kitapevi, Ankara.
- Akpolat, T., Utaş, C. (2008). Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler. *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*. Akpolat T, Utaş C (Ed.): 1-21. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Samsun.
- Aksüllü, N., Doğan S. (2004). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri İle Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5: 76-84.
- Alakaş, B. (2021). *Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kadınların Beden İmgelerinin Yaşam Niteliğine Etkisi İle Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki*. (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Avrasya Üniversitesi, İstanbul.
- Albayrak Okçın, F, Gerçekoğlu, G. (2013). Öğrencilerin Öz-Etkililik-Yeterlilik Algıları ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1):40-51.
- Alemdar, H., Çınar Pakyüz, S. (2015). Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10: 19-30.
- Ardahan, M. (2010). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2): 68-75.
- Atik, D., Atik, C., Asaf, R., Cinar, S. (2015). Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Sosyal Görünüş Kaygısına Etkisi. *Medicine Science*4(2): 2210-2223

- Badur, F. (2009). *Diyabetli Yaşlılarda İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Bağ, E., Akkaya, L., Çınar, Z., Candan, F., Kayataş, M. (2008). Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Umut-Umitsuzluk Sosyal Destek ve Özyeterlilik. *TNDT Bildiri Özeti Kitabı*.17(3):78.
- Bağ, E. (2007). *Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Bakoğlu, E., Şekerci, K., Yaman, S., Çevik, M. (2009). Periton Diyalizli Hastalarda Öz-Bakım Gücü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(11).
- Bandura, A. (2000). Exercise of Human Agency Through Collective Efficacy. *American Psychological Society*. 9: 75-78.
- Beerappa, H., Chandrababu, R. (2019). Adherenceto Dietaryand Fluid Restrictions Among Patients Under going Hemodialysis: An Observational Study. *Clinical Epidemiolog yand Global Health*, 7: 127–130.
- Bektaş, Akpınar. N., Ceran, M. A., Şafak, Ş., Özkalp, B. (2019). Hemodiyaliz Hastalarının Öz Yeterlilik Durumu, Bakım Gereksinimi ve Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirebilme Düzeyleri. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2: 5-10.
- Biçer, H. (2020). *Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Yeterlilik Düzeyleri ve Sıvı Kontrolüne Uyumlarının Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Biçer S., Bayat M. (2012). Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Umut-Umitsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(19): 1-20.
- Biçer, H., Karabulutlu, E. Y. (2020). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Yeterlilik Düzeyleri ve Sıvı Kontrolüne Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 3(2): 1-9.
- Bolat, O. (2011). Öz yeterlilik ve Tükenmişlik İlişkisi: Lider-Üye Etkileşiminin Aracılık Etkisi. *Ege Akademik Bakış*, 11: 255-266.

- Bülbül E., Çelik S. (2021). Üriner Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. In: Olgun N, Çelik S. (ed) *Tüm Yönleriyle İç Hastalıkları Hemşireliği*. 1. Baskı, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara:251-293.
- Büyükbayram, Z., Bıçak Ayık, D., Aksoy İl, D. (2021). Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri. *Journal of Nephrology Nursing*, 16(3): 134-143
- Canpolat, M. (2018). *Diyabetik Ayak Gelişen Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Ceyhan YŞ, Ünsal A. (2018). Farklı Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 11: 263-273
- Ceylan, H. (2020). *Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Öz-Bakım Eksikliği Kuramına Temellendirilmiş Web Tabanlı Eğitimin Öz-Bakım Gücüne, Öz-Yeterliliğe ve Algılanan Sosyal Destek Üzerine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Coffman MJ, Shellman J, Bernal H. (2004). An Interative Review of American Nurses Perceived Cultural Self-Efficacy. *J Nurs Sch*, 36:180.
- Çevik, L. (2020). *Kronik Böbrek Hastalığında Uzun Dönem Sağlık Analizi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Çiftçi, İ. (2019). *Böbrek Transplantasyonu Uygulanan Hastaların Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul.
- Çaydam, Ö. D., Pakyüz, S. Ç. (2016). Hemodiyalizin kronik komplikasyonları ve bakım. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 60-72.
- Demirel, M. (2021). *Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Psikolojik Sağlık, Tedaviye Uyum, Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Arasındaki İlişki*. (Yüksek Lisans Tezi). Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul Okan Üniversitesi, İstanbul.

- Dinç, H. (2020). *Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Psikolojik İyi Oluş ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun
- Doğan, B. K., Öztürk, A. B. (2020). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalar ile Sosyal Destek Algısını Geliştirmeye Yönelik Grup Çalışması. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(3): 28-36.
- Durna, Z., Özcan, S., Erdoğan, N. (2000). Düzenli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeyleri. *Hemşirelik Forumu*
- Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Ergin, M., (2021). *Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Öz Bakım Gücü, Hastalığa Uyum ve Sıvı Kontrolü İlişkisinin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Erol, M. (2017). Genç Yetişkinliğin Öncesinde Olan Ergenlerin Yaşam Doyumu ‘Utangaçlık’ ve ‘Öz Yeterlik Algısının’ Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28:95-103.
- Funakoshi, ÖY., Fujiwara, Y., Kiyotana, N. (2013). Prediction Of Glomerular Filtration Rate in Cancer Patients By An Equation For Japanese Estimated Glomerular Filtration Rate. *Jpn J ClinOncol*, 43: 271–277
- Gurlaş, K. Ç., Karadağ, S. (2019). *Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Düzeyleri*. (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimler Enstitüsü, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Gurlaş, K. (2016). *Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Düzeyleri*. (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimler Enstitüsü, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Güni, Ö (2005). *Kanserli Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Algılarının Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Güler, S. (2022). *Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Eğitim Programının Öz-Yeterlilik, Tedaviye Uyum, Semptom Yönetimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi*.

- (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimler Enstitüsü, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Hollaway A, Watson HE. (2002). Role of Self- Efficacy and Behavior Change. *International Journal Of Nursing Practice*; 8: 106–115.
- Karabulutlu, E., Tan, M., Erdem, N., Okanlı, A. (2005). Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimler Dergisi*, 8(2): 32-39.
- Karakoç, Kumsar, A., Taşkın Yılmaz, F. (2014). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2): 62-70.
- Kavrayıcı, C., Bayrak, C. (2016). Öğretmen Adaylarının Öz-Yeterlik Algıları. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8: 623-658.
- KDIGO (2012). Clinical Practice Guideline for The Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl*, 3:1-150.
- Kes, D. (2009). *Koroner Arter Bypass Greftleme Ameliyatı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve Aile İşlevlerinin Kansere Ameliyatı Geçiren Hasta Grubu İle Karşılaştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimler Enstitüsü, İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- Keskin, B. (2015). *Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Almış Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon Düzeyleri, Algılanan Duygu Dışavurum Düzeyleri ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Sosyal Bilimler Enstitüsü, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Keskin G.Ü, Orgun F. (2006). Öğrencilerin Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeyleri İle Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,7: 92-99.
- Kiajamali, M., Hosseini, M., Estebarsari, F., Nasiri, M., Ashktorab, T., Abdi, A., Mahmoudi, A., Abadi, ASA. (2017). Correlation Between Social Support, Self-Efficacy and Health-Promoting Behavior in Hemodialysis Patients Hospitalized in Karaj in 2015. *Electronic Physician*, 9: 4820-4827.
- Kurbun, H., Akten İ.M. (2018). Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*,27 (3): 277-287.

- Latikka, R., Turja, T., Oksanen, A. (2019). Self-efficacy and Acceptance of Robots. *Computers in Human Behavior*. 93, 157-163.
- Lett H.S, Blumenthal J.A, Babyak M.A, Strauman T.J, Robins C, Sherwood A (2005). Social support and coronary heart disease: *Epidemiolog Icevidence and Implications for Treatment. Psychosomatic Medicine*, 67: 869-878.
- McCauley, D.M., Weymouth, B.B., Feinberg, M.E., Fosco, G.M. (2019). Evaluating School and Peer Protective Factors In The Effects of Interparental Conflict on Adolescent Threat Appraisals and Self-efficacy. *Journal of Adolescence*, 71, 28-37
- Mills, K.T, Xu, Y, Zhang, W. (2015). A Aystematicanalysis of World Wide Population-Based Data on The Global Burden of Chronic Kidney Disease in 2010. *Kidney Int*. 88(5): 950–7.
- Mollaoğlu, M., Bağ, E. (2009). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Yeterlilik ve Etkileyen Faktörler. *İst Tıp Fak Dergisi*, 72: 37-42.
- Muslu, S. (2010). *Şizofrenide Sosyal Desteğin ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyumu Üzerindeki Etkisinin Araştırılması*. (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Mutlu, E., Duyan, V. (2012). Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Özellikler ile Sosyal Desteğin Hemodiyaliz Hastalarının Benlik Saygısı Düzeyine Etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3): 1-38. Ankara
- Mutlu, E. (2007). *Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi*. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Muz, G., Eğlence, R. (2013). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1): 15-21.
- National Kidney Foundation (NKF). (2015). KDOQI clinicalpracticeguidelineforhemodialysisadequacy: 2015 update. *Am J KidneyDis*.,66(5): 884-930.

- Özkasap, M. (2009). *An Exploration of Self-Efficacy Beliefs for Self-Regulated Learning and Perceived Responsibility for English Learning of EFL Students in a Turkish University*. PhD Thesis. Bilkent University.
- Pehlivan, S., Ovayolu, N. (2008). Hemodiyaliz Hastalarının Aileden Aldıkları Sosyal Destek İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 5: 1-2.
- Polat, Ü., Bayrak Kahraman, B. (2013). Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4): 213-218.
- Ramezani T, Sharifirad G, Rajati F, Rajati M, Mohebi S. (2019). Effect of Educational Intervention on Promoting Self-Care in Hemodialysis Patients: Applying the Self-Efficacy Theory. *J EducHealth Promot.*,14: 65.
- Savcı, AB (2006). *Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimler Enstitüsü, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Seyahi, N., Ateş, K., Süleymanlar, G. (2021). Current Status of Renal Replacement Therapy in Turkey: A Summary of the Turkish Society of Nephrology Registry Report. Current Status of Renal Replacement Therapy in Turkey. *Turk J Nephrol*, 29(1): 6-11
- Sezen, A. (2013). *Diyaliz El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Sipahioğlu, M. (2010). Renal hastalıklar. *Clinical Medicine*(1.Baskı). Tabak F, Tabak Ö (Ed.): 605-687. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
- Sol G.M.B. (2005). Self Efficacy in Patients With Clinical Manifestations of Vascular Disease. *Patient Euct. Couns*, 61: 443-448.
- Süleymanlar, G., Seyahi N, Ateş K. (2017) Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2015 Yılı Özet Raporu. *Turk Neph Dial Transpl*, 26: 154-160.
- Süleymanlar, G., Ateş, K., Seyahi, N. (2018). T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları.

- Şanlıtürk, D., Ovayolu, N., Kes, D. (2018). Hemodiyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi.1 (13)*.
- Şahin, Ş. (2008). Periton Diyalizi İçinde: *Nefroloji (2.baskı)*, Arık N. Dilek M. (ed.), Karakter Color, İstanbul: 355-374.
- Şahin, S. (2007). *Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Umut-Umitsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyleri*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Şimşek, M. (2018). *Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Yeterlilik ve Sosyal Destek Algısı*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır.
- Tanrıverdi, M.H., Karadağ, A., Hatipoğlu, E.Ş. (2010). Kronik Böbrek Yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi, 2: 27-32*
- Tezel, A., Karabulutlu, E., Sahin O. (2011). Depression and Perceived Social Support From Family in Turkish Patient Swith Chronic Renal Failure Treated by Hemodialysis. *J Res Med Sci Off J Isfahan Univ Med Sci.,16(5): 666–73*.
- Topbaş, E., (2015). Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri Ve Evrelere Özgü Bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 10(1), 53-59*.
- Tsay, S. L. (2003). Self Efficacy Training for With End-Stage Renal Disease. *Journal of Nursing Advanced Nursing,43: 421–429*.
- Tümer, B. (2019). *Prediyaliz Hastalarında Psikolojik Sağlamlığı Yordayıcı Faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Türk Nefroloji Derneği. (2019). Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi, 2018 Yılı Raporu, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Ankara.
- Usta Yeşilbalkan Ö., Karadakovan, A., Ünal, B. (2005). Periton Diyalizi Hastalarının Genel Öz Yeterlilikleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 39–44*.
- Üstündağ, H., Bostancı, Z., Aydoğan, B. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin Stresle Başetme Düzeyleri ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi.6(1):74-83*.

- Yanmış, S., Mollaoğlu, M. (2021). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Doyumu ve Etkileyen Faktörler. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 16(3): 115-123.
- Yaşkesen, A. (2018). *Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Yorgunluk ile Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Yıldırım F., İlhan İ., (2010). Genel Özyeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010;21 (4): 301-8.
- Yucens, B., Kotan, V.O., Ozkaynar, N., Kotan, Z., Yuksel, R., Bayram, S. (2019). The Association Between Hope, Anxiety, Depression, Coping Strategies and Perceived Social Support in Patients With Chronic Kidney Disease. *Dusunen Adam J Psychiatry NeurolSci*. 32(1):43.
- Yürüden, B., Gökdoğan, F., Nural, N. (2015). *Diyaliz Teknikleri İçin Nefroloji Kitabı*. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara

EKLER

Ek- 1: Hasta Bilgi Formu

Değerli katılımcılar,

Bu araştırma, hemodiyaliz ünitesine gelen, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sosyal desteğin öz yeterliliğe etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın güvenilir sonuçlara ulaşması ve sonuçlardan yararlanılabilmesi için cevaplarınızın gerçek, kişisel görüş ve düşüncelerinizi yansıtması çok önemlidir. Size en uygun yanıtı işaretlemeniz araştırma sorularının güvenilirliği açısından önemlidir. Katkı ve işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Ayşe Gamze ELPE

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. **Yaşınız:**
2. **Cinsiyetiniz:** 1.Kadın 2. Erkek
3. **Eğitim durumunuz:**
Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite
4. **Medeni durumunuz:** 1.Evli 2. Bekar
5. **Yaşadığınız yer:** 1.Köy 2. İlçe 3.İl
6. **Kiminle yaşıyorsunuz?**
1.Yalnız 2. Aile 3. Bakıcı ile 4.Arkadaşlar ile 5. Çocuklar ile 6.Diğer
(Açıklayınız)
7. **Aile tipiniz:** 1. Geniş Aile 2.Çekirdek Aile
8. **Çalışma durumunuz:** 1.Evet 2.Hayır
9. **Mesleğiniz:**
1. Ev hanımı 2. Emekli 3. İşçi 4. Memur 5. İşsiz
6. Diğer (Açıklayınız
10. **Gelir durumunuz:**
1.Gelir giderden az () 2.Gelir gidere eşit () 3.Gelir giderden fazla ()
11. **Sosyal güvenceniz:**
1. Bağkur 2. Emekli Sandığı 3. Yeşil Kart 4. SSK
5. Sosyal Güvencem Yok 6. Özel Sigorta
12. **Hastalık süreniz:** ay / yıl
13. **Sürekli kullandığınız ilaç var mı?**
1. Evet 2. Hayır
14. **Hemodiyaliz tedavisi süreniz:** ay/yıl
15. **Hemodiyaliz tedavisi ile ilgili eğitim aldınız mı?**
1. Evet 2. Hayır
16. **Kronik böbrek yetmezliği hastalığı dışında herhangi bir hastalığınız var mı?**
Varsa belirtiniz.
1. Evet 1. Hipertansiyon 2.Diyabet 3.KOAH 4. Kalp-Damar Hastalıkları
5. Diğer (Açıklayınız)
2. Hayır
17. **Hastalığınızla baş etme durumunuz:**
1.Evet (Açıklayınız) 2.Hayır
18. **Hemodiyaliz tedavisi süresince size destek olan kişi veya kişiler var mı?**
1. Evet (Açıklayınız) 2.Hayır

Ek-2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek 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 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 (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

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

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. 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

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet



Ek-3: Genel Öz Yeterlilik Ölçeği

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

Sizi Ne Kadar Tanımlıyor

| | Hiç | | İyi | | 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- 4: Etik Kurul Onayı



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı :E-20292139-050.01.04-25782
Konu :Etik Kurul Kararları

Sayın Ayşe Gamze ELPE
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

"Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sosyal Desteğin Öz Yeterliliğe Etkisi"
başlıklı araştırmanız kurulumuzun 25.03.2022 tarihli ve 2022/03 sayılı toplantısında değerlendirilerek
etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı

Ek:63-Ayşe Gamze ELPE Etik Onay Belgesi (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSFP193CF* Pin Kodu :27291
Adres:Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul
Telefon:444 97 98 Faks:+90 (212) 693 82 29
e-Posta: bilgi@izu.edu.tr Web: www.izu.edu.tr
Kep Adresi: izu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://ebys.izu.edu.tr/enVision/Dogrula/0N3>

Bilgi için: Zeyneb Funda TEZ
Unvanı: Yeminli Katip
Tel No: +902126929606



Ek-5: Kurum İzni



T.C
MUŞ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı :
Konu : Tez Çalışması (Ayşe Gamze ELPE)

Sayın. Ayşe Gamze ELPE
(Muş Devlet Hastanesi Üroloji Servisi)

İlgi

İlgi tarih sayılı yazınıza binaen "**Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sosyal Desteğin Öz Yeterliliğe Etkisi**" adlı çalışmanızı Muş Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi ve Muş ilçelerinde (Bulanık İlçe Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi, Malazgirt İlçe Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi, Varto İlçe Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi) yapabilme talebiniz Müdürlüğümüz tarafından değerlendirilmiş olup, Etik Kurul Onayı alındıktan sonra hasta mahremiyeti ve bilgilerin gizliliğinin korunması prosedürüne uyulması kaydı ile uygun görülmüştür. Konu hakkındaki Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığının yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize sunulur.

Dr. Kenan AKPOLAT
İl Sağlık Müdürü V.

Ek: Tez Çalışması (Ayşe Gamze ELPE)

Ek-6: Ölçek İzinleri

Ölçek izni

İyi günler,
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programında yüksek lisans öğrencisiyim. Danışman hocam Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK ile yürütmüş olduğum; Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sosyal Desteğin Öz Yeterliliğe Etkisi adlı çalışmamda Sosyal Destek Ölçeği'ni kullanabilmem için ölçeğinizin kullanım iznine ve materyallerine ihtiyacım vardır.
Teşekkür ediyorum, saygılarımla.



haluk arkar

Kime: Ayşe Gamze ELPE >

Pazartesi



Sayın Ayşe Gamze Elpe,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Ölçek izni

İyi günler,
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programında yüksek lisans öğrencisiyim. Danışman hocam Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK ile yürütmüş olduğum; Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sosyal Desteğin Öz Yeterliliğe Etkisi adlı çalışmamda Genel Öz Yeterlilik Ölçeği'nizi kullanabilmem için ölçeğinizin kullanım iznine ve materyallerine ihtiyacım vardır.
Teşekkür ediyorum, saygılarımla.



Kimden: **Fatma Yildirim** >

Kime: **Ayşe Gamze ELPE** >

Evvvelsi gün 16:57



Merhaba,

Genel Özyeterlilik Ölçeğini çalışmanızda elbette kullanabilirsiniz.

Ters puanlanan maddelere, geçerlik ve güvenirlik ile ilgili bilgilere makalede ayrıntılı şekilde yer verilmiştir. Puan arttıkça özyeterlilik inancı artıyor. 18 ve üstü yaş için uygundur.

Ekte ölçek formunu gönderiyorum.

Ek-7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sizi Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK danışmanlığında bulunan İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe Gamze ELPE tarafından yürütülen “Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sosyal Desteğin Öz Yeterliliğe Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırma hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda sosyal desteğin öz yeterliliğe etkisini incelemek amacıyla planlandı.

Araştırmada sizden tahminen 20 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**. Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [REDACTED] e-posta adresinden ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-

Soyadı:.....

.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

Adı-

Soyadı:.....

.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Ayşe Gamze ELPE

İmzası:



ÖZGEÇMİŞ

A. EĞİTİM DURUMU

| | Mezun Olduğu Kurumun Adı | Mezuniyet Yılı |
|---------------|---|----------------|
| Yüksek Lisans | İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı | 2020-2023 |
| Lisans | Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü | 2015-2019 |
| Lise | Muş Anadolu Lisesi | 2011-2015 |

B. MESLEKİ DENEYİM

| Görevi | Kurum | Süre (Yıl) |
|--|---------------------------------------|------------|
| Üroloji Hemşiresi | Muş Devlet Hastanesi | 2020-... |
| Dahiliye Hemşiresi | İstanbul BHT Clinic Tema Hastanesi | 2019-2020 |
| Dahiliye-Göğüs Hastalıkları Hemşiresi | Özel Muş Şifa Hastanesi | 2019-2019 |

C. ULUSAL/ULUSLARARASI KONGRE BİLDİRİSİ

- Elpe, A.G., Bahçecik, A.N. (2022). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Sosyal Destek. 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi (Özet Bildiri/Sözel Sunum).