

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET BİLİM DALI

SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN KADIN
HEMODİYALİZ HASTALARIN HASTALIĞINI
DEĞERLENDİRMELERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nur Seda ÇAYMAN

İstanbul
Kasım-2020

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET BİLİM DALI

SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN KADIN
HEMODİYALİZ HASTALARIN HASTALIĞINI
DEĞERLENDİRMELERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nur Seda ÇAYMAN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Gülsüm ÇAMUR

İstanbul
Kasım-2020

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sosyal Hizmet Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Gülsüm ÇAMUR

Üye Doç. Dr. Emel YURTSEVER

Üye Dr. Öğr. Üyesi Sena ÖKSÜZ

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.....

Prof. Dr. Ali GÜNEŞ

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Sosyal Hizmet Perspektifinden Kadın Hemodiyaliz Hastaların Hastalığını Değerlendirmeleri Üzerine Bir Araştırma**” 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.

Nur Seda ÇAYMAN

ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimimin bana kattığı kıymetli insanlardan biri olan hem ders dönemimde hem tez aşamasında sosyal hizmet dünyasında beni gezdiren sıcacık iletişimi ve samimiyeti ile ışık saçan, alanındaki yetkinliğine, bilgisine ve öz verisine hayran olduğum, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli fikirleri ile bana yol gösterici olan, sonsuz sabır gösteren, inancını ve güvenini yürekten hissettiğim, tüm aksaklık, uzaklık ve zamana rağmen elimi bırakmayan değerli, saygıdeğer danışman hocam Gülsüm ÇAMUR'a sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi iletiyorum.

Araştırmamın gerçekleştirilmesi noktasında bana gerekli izinleri, görüşme ortamı ve zamanı sağlayarak araştırmama katkıda bulunan Memorial Hizmet Hastanesi Türk Böbrek Vakfı Ahmet Ermiş Diyaliz Merkezi yönetimine, çalışanlarına, diyaliz tedavisi esnasında bana vakit ayırarak görüşmeyi kabul eden kadın hemodiyaliz hastalarına teşekkür ederim.

Sosyal hizmet dünyasına adım atmama, yüksek lisans eğitimime başlamama sebep olan, eğitimim boyunca bana destek olan, yüreklendiren, daima bana inanan yakın dostlarıma teşekkür ediyorum.

Tüm yaşamım boyunca bana insan olmayı aşılaman, eğitimimin her döneminde beni destekleyen, dualarını ve iyi dileklerini eksik etmeyen, güvenle sırtımı yasladığım, şefkatlerini, karşılıksız sonsuz sevgilerini derinden hissettiğim kıymetli babam Hüseyin ÇAYMAN'a, sevgili annem Selma ÇAYMAN'a, can kardeşim Nurkan ÇAYMAN'a sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Yaşamımın ve eğitimimin en önemli noktasında hayatıma giren, tez aşamasında desteğini her zaman hissettiğim, olumlu telkinleriyle içimi ferahlatan, bana güç veren ve inanan hayatımın geri kalanında birlikte yol almak istediğim can yoldaşıma teşekkür ederim.

Bu çalışmamı mesleğimi icra ederken şahit olduğum yaşadıkları tüm zorlukları bildiğim, hikayeleri ile çalışmama çıkış noktası olan tüm kadın hemodiyaliz hastalarına ithaf ediyorum...

Nur Seda ÇAYMAN

İstanbul-2020

ÖZET

SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN KADIN HEMODİYALİZ HASTALARIN HASTALIĞINI DEĞERLENDİRMELERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Nur Seda ÇAYMAN
Yüksek Lisans, Sosyal Hizmet
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gülsüm ÇAMUR
Kasım-2020, 125 Sayfa

Kronik böbrek yetmezliği kronik hastalıklar kapsamında yer alan bireyin yaşamında kalıcı ve süreğen olarak seyreden bir hastalıktır. Kronik böbrek yetmezliği tedavilerinden biri de hemodiyaliz tedavisidir. Kronik böbrek yetmezliği ve hemodiyaliz tedavisi hastayı fiziksel, ekonomik, toplumsal ve psikososyal açıdan olumsuz yönde etkilemektedir. Kişiden kişiye farklılık gösteren bu hastalık büyük oranda kadın hastaları etkilemektedir. Tıbbi sosyal hizmet kapsamında yer alan nefrolojik sosyal hizmet müdahaleleri ve sosyal hizmet yaklaşımlarından güçlendirme yaklaşımı ile kabul ve uyum süreci desteklenmektedir.

Araştırmanın temel amacı; kadın hemodiyaliz hastalarının hastalık süresince yaşadığı psiko-sosyal ve ekonomik kaynaklı sorunlar ile, diyaliz tedavisine bağlı kısıtlılıkları, hastalığın kadının çeşitli rollerinde (birey, eş, anne, çalışan kadın gibi) yarattığı olumsuzluklar ve hastalığı ile baş etme yollarının ve hastalığı nasıl değerlendirdiklerinin güçlendirme yaklaşımı sosyal hizmet temelinden ortaya konulmasıdır. Araştırmanın çalışma grubunu İstanbul ili Memorial Hizmet Hastanesi Türk Böbrek Vakfı Hemodiyaliz Ünitesinde hemodiyaliz tedavisi gören 18 yaş üstü kadın hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın veri toplama sürecinde hemodiyaliz tedavisi gören kadın hasta sayısı 124'tür. Tüm hastalara ulaşılarak görüşme talebinde bulunmuş olup, onam ve rıza gösteren 70 kadın hasta birey ile görüşme tamamlanmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan "Kadın Hemodiyaliz Hasta Görüşme Formu" ve "Hastalığı Değerlendirme Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırma yöntemi olarak nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Tüm veriler bilgisayarda SPSS (statistical package for

social sciences) for Windows 22 programına kaydedilerek analiz edilmiştir. Hastaların tanıtıcı bilgileri, hastalığa yönelik sorular ve hastalık değerlendirme ölçeği soruları frekans analizi ile değerlendirilerek frekans ve yüzde ile gösterilmiştir.

Elde edilen veriler doğrultusunda kadın hastaların hemodiyaliz tedavi sürecinde, ekonomik, psikososyal kaynaklı sorunlar, hemodiyalize bağlı toplumsal cinsiyet rollerinde sorunlar ve hemodiyaliz tedavisi ile beraber birçok kısıtlamalar yaşadığı belirlenmiştir. Kadın hemodiyaliz hastaları hastalığı kalıcı, bağımlılık yapan ve günlük hayatını etkileyerek, çöküntüye uğratan, mücadele edilen bir durum olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz (Renal Diyaliz), Kronik Böbrek Yetmezliği, Sosyal Hizmet, Kadın Hemodiyaliz Hastası, Hastalığı Değerlendirme.

ABSTRACT

A RESEARCH ON THE EVOLUATION OF HEMODIALYSES DISEASE BY FEMALE HEMODIALYSIS PATIENTS THROUGH SOCIAL WORK PERPECTIVE

Nur Seda ÇAYMAN

Master, Social Work

Thesis Supervisor: Prof. Dr. Gülsüm ÇAMUR

November-2020, 125 Pages

Chronic kidney insufficiency is a permanent and chronic disease in the life of the individual included in the scope of chronic diseases. Hemodialysis treatment is one of the treatments for chronic kidney failure. Chronic kidney failure and hemodialysis treatment negatively affect the patient in physical, economic, social and psychosocial aspects. This disease, which differs from person to person, affects mostly female patients. The acceptance and adaptation process is supported with the empowerment approach from nephrological social work interventions and social work approaches within the scope of medical social work

The main purpose of the research is; The psycho-social and economic problems experienced by female hemodialysis patients during their illness, the limitations of dialysis treatment, the negativities caused by the disease in various roles of women (such as individual, wife, mother, working woman) and the ways of coping with the disease and how they evaluate the disease is the basis of service. The sample of the study is all female patients over the age of 18 who receive hemodialysis treatment at the Memorial Service Hospital Turkish Kidney Foundation Hemodialysis Unit, which allows in-house research in Istanbul. During the data collection process of the study, the number of women who received hemodialysis treatment was 124. All patients were contacted and requested for a meeting, and interviews were completed with 70 female patients who gave their consent and consent. "Female Hemodialysis Interview Form" and "Disease Evaluation Scale" prepared by the researcher were used as data collection tools. As a research method, relational scanning model, one of the quantitative research methods, was used. All data were recorded in the SPSS (statistical package for social sciences) for Windows 22 program on the computer and analyzed. Patient's introductory information, questions about the disease and the questions of the disease

rating scale were evaluated with frequency analysis and displayed with frequency and percentage.

In line with the data obtained, it was determined that female patients experienced many restrictions in the hemodialysis treatment process, including economic and psychosocial problems, problems in gender roles due to hemodialysis, and hemodialysis treatment. Female hemodialysis patients were evaluated as a persistent, addictive condition that affects their daily life and causes collapse and is struggled.

Key Words: Hemodialysis (Renal Dialysis), Chronic Renal Failure, Social Work, Female Hemodialysis Patient, Disease Evaluation.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖN SÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	xii
KISALTMALAR LİSTESİ	xiii
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Problemi	4
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Önemi	6
1.4. Varsayımlar	7
1.5. Sınırlılıklar.....	8
1.6. Tanımlar	8
İKİNCİ BÖLÜM	9
KURAMSAL ÇERÇEVE	9
2.1. Sağlık ve Hastalık.....	9
2.1.1. Sağlık	10
2.1.2. Hastalık	10
2.1.3. Kronik Hastalık ve Süreci.....	12

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği	14
2.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanımı	14
2.2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Nedenleri	15
2.2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Belirtileri	16
2.2.4. Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri	18
2.2.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Beslenme	19
2.2.6. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavisi	20
2.2.7. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Almış ..	25
Hastaların Hastalık Süreci	25
2.2.8. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Almış	
Hastaların Karşılaştıkları Sorunlar	28
2.2.9. Hemodiyaliz Tedavi Sürecindeki Hastanın Ailesinin Rolü ve Yaşadığı	
Sorunlar	32
2.3. Toplumda Kadın ve Kadın Sağlığı	33
2.3.1. Toplumsal Cinsiyet ve Roller	36
2.3.2. Hemodiyalizin Toplumsal Cinsiyet Rollerine Etkisi	37
2.5. Güçlendirme Yaklaşımı Temelli Sosyal Hizmet Müdahalesi ve Kadın	
Hemodiyaliz Hastaları	39
2.6. Nefrolojik Sosyal Hizmet ve Uygulaması	41
2.7. Konuyla İlgili Çalışmalardan Bazıları	44
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	48
ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	48
3.1. Araştırmanın Modeli	48
3.2. Çalışma Grubu	48
3.3. Veri Toplama Süreci	49
3.4. Veri Toplama Araçları	49

3.4.1. Hasta Görüşme Formu	50
3.4.2. Hastalığı Değerlendirme Ölçeği	50
3.5. Veri Analizi	51
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	52
ARAŞTIRMA BULGULARI	52
4.1. Hastaların Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulgular	52
4.2. Kronik Hastalığa Dair Bilgilere İlişkin Bulgular	55
4.3. Hastalık Sürecine Dair Bilgilere İlişkin Bulgular	57
4.4. Hastalık Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular.....	72
BEŞİNCİ BÖLÜM	78
TARTIŞMA VE DEĞERLENDİRME	78
5.1. Sonuç ve Tartışma	78
5.2.Öneriler.....	94
5.2.1. Kadın Hemodiyaliz Hastaları İle İlgili Mikro Düzeyde Öneriler	94
5.2.2. Kadın Hemodiyaliz Hastaları İle İlgili Mezzo Düzeyde Öneriler	95
5.2.3. Kadın Hemodiyaliz Hastaları İle İlgili Makro Düzeyde Öneriler	96
KAYNAKÇA	98
EKLER.....	108
EK 1- Etik Kurul Kararı	108
EK 2- Kurum İzni.....	112
EK 3- Ölçek İzni.....	113
EK 4- Hastalığı Değerlendirme Ölçeği	114
EK 5- Kadın Hemodiyaliz Hasta Görüşme Formu.....	116



TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.2.2.1: Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalığının Sebepleri.....	15
Tablo 2.2.4.1: Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalık Evreleri	18
Tablo 4.1.1: Hastaların Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulgular	52
Tablo 4.2.1: Kronik Hastalığa Dair Bilgilere İlişkin Bulgular.....	55
Tablo 4.3.1: Tedavi Sürecine Dair Görüşleri	57
Tablo 4.3.2: Hemodiyaliz Tedavisi Sürecinde Yaşanan Psikososyal Sorunlara İlişkin Bulgular.....	58
Tablo 4.3.3: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi Sürecinde Yaşanan Ekonomik Sorunlara İlişkin Bulgular	59
Tablo 4.3.4: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi Sürecinde Harcamalarına Ayırdığı Bütçe Durumuna Ait Bulgular	60
Tablo 4.3.5: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi Sürecinde Harcamalarda Yaşanan Sorunlara İlişkin Bulgular.....	61
Tablo 4.3.6: Hemodiyaliz Tedavisi Sürecinde Yaşanan Fizyolojik Sorunlara İlişkin Bulgular.....	62
Tablo 4.3.7: Hastalık Sürecinde Kaygı Durumlarına İlişkin Bulgular.....	63
Tablo 4.3.8: Hastalık Nedeniyle Toplumsal Cinsiyet Rollerinden Geri Planda Kalma Durumuna İlişkin Bulgular	64
Tablo 4.3.9: Hemodiyaliz Tedavisi Sürecinde Yaşanılan Kısıtlılıklara İlişkin Bulgular	65
Tablo 4.3.10: Tıbbi Sebepler Haricinde Hastalığın Oluşma Sebeplerini Algılama/Yorumlama Biçimlerine İlişkin Bulgular.....	66
Tablo 4.3.11: Hastaların Hasta Olmadan Önceki Kendini ve Hasta Olduktan Sonraki Kendini Değerlendirmesine İlişkin Bulgular	67
Tablo 4.3.12: Hastaların Hastalığın Etkilerini Değerlendirme Biçimlerine İlişkin Bulgular.....	69
Tablo 4.4.1: Hastalık Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular	72

KISALTMALAR LİSTESİ

Akt	: Aktaran
Ark	: Arkadaşları
CEDAW	: Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi
Çev	: Çeviren
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Ed	: Editör
GFR	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
Gr	: Gram
HD	: Hemodiyaliz
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HT	: Hipertansiyon
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KDIGO	: Kidney Disease Improving Global Outcomes
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
ml	: Mililitre
MIQ	: Meaning of İlness Questionare (Hastalığı Değerlendirme Ölçeği)
NASW	: Amerikan Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği
NKF	: Amerikan Ulusal Böbrek Vakfı
Ort	: Ortalama
CNSW	: Nefrolojik Sosyal Hizmet Uzmanları Kurulu
NKF	: Ulusal Böbrek Vakfı-
KKDOQI	: Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi
PD	: Periton Diyalizi
RRT	: Renal Replasman Tedavileri

RT : Renal Transplantasyon
SDBY : Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SPSS : Statical Package For Social Sciences
Ss : Standart Sapma
Stk : Sivil Toplum Kuruluğu



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

İnsan bulunduğu çevre içinde kendini çevreye uyumlu hale getirebilen ya da çevreyi kendine uyumlu hale dönüştürebilen, bu noktada sağlık ve hastalık döngüsü içinde hareket eden bir varlıktır (Ay, 2013: 2-3). Sağlık ve hastalık kavramı tıbbın ana konusu olduğu gibi sosyal bir konuyu da içine almaktadır (Belek, Nalçacı, Onuroğulları, Ardıç, 1998: 25). Sanayileşme öncesinde bulaşıcı hastalıklar, salgınlar toplumda yaygın olan hastalıklar idi. Sanayileşme ile birlikte kronik hastalıklar ortaya çıkmıştır ve hastalık olgularının değişimine yol açmıştır (Giddens, 2008: 308-309). Kronik hastalıklar uzun süren tıbbi bakım ve tedavi süreçlerini, devamında kötüye giden genel durum halini beraberinde getirir. Kronik hastalıklar sadece hastalığa yakalanan bireyi değil onunla birlikte tüm çevresini etkilemektedir. Kronik hastalıklar kapsamında yer alan hastalıklardan biri de kronik böbrek yetmezliği hastalığıdır (Tuncay, 2007: 15). Kronik böbrek yetmezliği; vücutta diğer hastalıklara bağlı sekonder olarak gelişen sürekli, geri dönüşümsüz olarak böbrek hasarı ile seyreden hastalıktır (Süleymanlar, 2007: 1-7). Hastalığın ilerlemesi ve böbreğin işlevlerini geri dönüşümsüz olarak kaybetmesiyle son dönem böbrek yetmezliği klinik tablosu gelişir ve renal replasman tedavilerinden biri olan hemodiyaliz tedavi süreci başlar. Bu süreç ciddi fiziksel, psikososyal, ekonomik ve toplumsal birçok sorunu da beraberinde getirir (Akpolat, Yalçın, 2001: 11-20). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2018 yıl sonu verilerine göre renal replasman tedavi programlarında izlenmekte olan hasta sayısı 81.055, hemodiyaliz tedavisi gören hasta sayısı 60.643, bu hastaların 26.014'ü kadın hastadır (Süleymanlar, Ateş, Seyahi: 2019: 1-11).

Kişiden kişiye farklılık gösteren bu hastalık büyük oranda kadın hastaları etkilemektedir. Son dönem böbrek yetmezliği ile beraber süregelen bir tedavi süreci olan hemodiyaliz tedavisine başlayan hastalar birçok olumsuz durum ile karşı karşıya kalmaktadır. Hastada üç gün, dört saat diyaliz makinasına bağlanmakla beraber, hemodiyaliz merkezine, tıbbi bakım sağlayan sağlık personeline bağımlı kalmaktadır ve diğer bakımıyla ilgilenen bir kişiye ihtiyaç duymaktadır. Bunun yanında hastalık ve hemodiyaliz psikososyal, ekonomik, fizyolojik ve toplumsal sorunları da beraberinde getirmektedir. Bunlar beslenme kısıtlılığı, kan değerlerindeki değişime bağlı olarak cilt renginde farklılık, halsizlik, yorgunluk, hafıza ile ilgili problemler, cinsel

problemler, depresyon, anksiyete, iş hayatında yaşanan problemler, ekonomik sorunlardır. Kronik böbrek yetmezliği kişinin günlük etkinliklerini, evlilik ve aile yaşantısını, mesleki yeterliliğini ciddi ölçüde bozarak, hastaya, aileye ve topluma ağır bir bedel ödetmektedir. Kadın hasta birey bu tedavi sürecinde bir birey olarak toplumda hareketi kısıtlanmaktadır. Ailesine ya da etrafındaki kişilere özbakım ve yaşamını idame ettirmesi bakımından bağımlı hale gelmektedir. Evlilik hayatında ev kadınlığı, annelik ve eş ilişkisine yansımaktadır. Hemodiyaliz tedavisinde kronik böbrek yetmezliği tanısı almış bireyler için cerrahi ve geleneksel merkez hemodiyalizi dışındaki faktörler sıklıkla ihmal edilmekte, hemodiyaliz tedavisinin hastalar üzerindeki fiziksel ve psikososyal etkileri görmezden gelinmektedir. Sosyal hizmet mesleği bu noktada bireylerin ve gelişen sorunları ortaya çıkarıp, sorunlarla ilgilenip, çözüm üreten, müdahale eden bir meslektir (Kongar, 1972; Akt. Yaman, Karakulak, Dağlar,2015: 31). Sosyal hizmet temelinden itibaren uygulamalarını ve müdahalelerini insanların gereksinimlerini karşılamaya ve insanın kapasitelerini ortaya çıkarıp geliştirmeye odaklanır. Sosyal hizmet, insanlar ve çevreleri ile etkileşmesinden doğan karmaşanın ve insanların etkilendiği bir şeyi ve üzerindeki bio-psiko-sosyal faktörleri içeren etkilenmeye sebep olan şeyleri değiştirme kapasitesinin farkındadır (Duyan,2017:6). Uygulama noktasında sosyal hizmet bilim ve mesleğinin eski bir alanı olan tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmet bilgi, değer ve becerilerinin tıbbi bakım gören hastalara uyarlanmaktadır. Buna göre kadın hemodiyaliz hastaları tıbbi bakım gören dezavantajlı gruplar arasındadır. Tıbbi müdahale alanlardan biri olan nefroloji ve hemodiyaliz ünitelerinde sağlık hizmetleri yalnız fiziksel/tıpsal boyuttaki hizmetleri değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutu da içeren hizmetlerdir (Zengin, 2016: 1).

Sosyal hizmet perspektifinden bir diğer yaklaşım ise kuramlar aracılığı ile olmaktadır. Kadın hemodiyaliz hastaları ele alınarak çalışmamızda kadının kendi kaderini kendi tayin etme ve kendi kapasitesinin farkına vararak hastalıkla baş etme kaynağı elde etmesi sağlanmaktadır. Buna bağlı olarak güçlendirme yaklaşımı sosyal hizmet müdahalesinde önemli bir yaklaşımdır.

Bu araştırmanın temel problemi, kronik hastalığa sahip kadınların hastalık sürecinden dolayı yaşadıklarının sosyal hizmet açısından ele alınmasıdır. Diyaliz hastası kadınların hastalık sürecini ve hastalığı değerlendirme durumları araştırmanın esas problemidir.

Araştırmanın amacı ise kadın hemodiyaliz hastalarının hastalık süresince yaşadığı psiko-sosyal ve ekonomik kaynaklı sorunlar ile, diyaliz tedavisine bağlı kısıtlılıkları, hastalığın kadının çeşitli rollerinde (birey, eş, anne, çalışan kadın gibi) yarattığı olumsuzluklar ve hastalığı ile baş etme yollarının ve hastalığı nasıl değerlendirdiklerinin sosyal hizmet temelinden ortaya konulmasıdır.

Araştırma kapsamında 18 yaş ve üzeri İstanbul Bahçelievler Böbrek Vakfı Hizmet Hastanesi hemodiyaliz ünitesinde hemodiyaliz tedavisi gören kadın hastalar ele alınarak, kadın hasta bireylerin hastalığı değerlendirme ölçeği ve görüşme formu içerisinde bulunan sosyodemografik özellikleri ve hastalık ile ilgili değişkenler çerçevesinde incelemesi yapılmıştır.

Bu çerçevede hazırlanan araştırmanın birinci bölümünde; araştırmanın problemine, araştırmanın amacına, amaçlar doğrultusunda oluşturulan alt amaçlarına, önemine, varsayımlarına, sınırlılıklarına, konu ile ilgili tanımlara yer verilmiştir. İkinci bölümünde kavramsal çerçeve alınmış olup, literatür bilgisi aktarılmıştır. Sağlık ve hastalık kavramları, kronik hastalık ve süreci, kronik hastalıklardan biri olan kronik böbrek yetmezliği hastalığının tanımı, hastalığın nedenleri, belirtileri, evreleri, hastalık süresince beslenme durumu, tedavisi ele alınmıştır. Hemodiyaliz tedavisi ile alan hastaların hastalık süreci detaylı bir şekilde anlatılmış olup, hastaların karşılaştıkları sorunlar, buna bağlı olarak ailesinin yaşadıkları sorunlar başlıklar halinde anlatılmıştır. Toplumda kadın ve sağlığı toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde ele alınmış olup, güçlendirme yaklaşımı temelli sosyal hizmet müdahalesi kapsamında anlatılmıştır. Sosyal hizmet uygulama alanlarından biri olan nefrolojik sosyal hizmetin hemodiyaliz hastalarına yönelik uygulamalarla ilgili bilgilere yer verilmiştir. Son olarak dünya da ve Türkiye’de yapılan çalışmalardan örnekler sunulmuştur.

Araştırmanın üçüncü bölümde araştırmanın yöntemi başlığı altında araştırmanın modeli, evren ve örneklem, veri toplama araçlarımız olan kadın hemodiyaliz hasta görüşme formu ve hastalığı değerlendirme ölçeği, veri analizi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

Araştırmanın dördüncü bölümünde araştırmanın bulguları analiz sonrası tablolar halinde verilmiştir ve bulgular detaylı bir biçimde yorumlanmıştır.

Araştırmanın beşinci bölümünde tartışma ve değerlendirme başlığı altında sonuç ve tartışma kısmında analiz edilen bulgular detaylı bir şekilde yorumlanmış olup alt

amaçlar doğrultusunda anlatılmıştır. Son olarak kadın hemodiyaliz hastaları ile alakalı önerilere yer verilmiştir.

1.1.Araştırmanın Problemi

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı almış bireyler hastalığın çeşitli açılardan olumsuz etkileriyle karşı karşıya kalmaktadır. Beslenme kısıtlılığı, hastalığın kan değerlerindeki değişime bağlı olarak cilt renginde değişim, halsizlik, yorgunluk, hafıza ile ilgili problemler, depresyon buna karşılık iş hayatından geri çekilme, aile içi ilişkilerde bozulma, böbrek yetmezliğine bağlı diyaliz tedavisinin bağımlılığı, seyahat kısıtlılığı, beslenme kısıtlılığının ve iş yaşamının aksamasının devam etmesi gibi etkiler söz konusudur. Bunu yanında hastalar, böbrek yetmezliğinin etkilerini kompanse edebilen hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış bireyler için cerrahi ve geleneksel merkez hemodiyalizi dışındaki faktörler sıklıkla ihmal edilmekte, hemodiyaliz tedavisinin hastalar üzerindeki fiziksel ve psikososyal etkileri görmezden gelinmektedir. Kronik böbrek yetmezliği kişinin günlük etkinliklerini, evlilik ve aile yaşantısını, mesleki yeterliliğini ciddi ölçüde bozarak, hastaya, aileye ve topluma ağır bir bedel ödetmektedir.

Oppong ve Abu (1985)'e göre toplumda aile, okul, medya, yaşanan sosyal çevre gibi kanallarla bireylere çeşitli toplumsal cinsiyet rolleri aşılanır. Toplumsal cinsiyete ilişkin açıklamalar arasında kadın olmanın toplumsal rolleri 'annelik, eş olma, ev kadınlığı, akrabalık, mesleki, topluluk ve bireylik rolü' şeklinde yedi temel rol olarak belirlenmişti. Kadınlardan beklenen ise toplumsal cinsiyetin belirlediği bu rolleri eksiksiz olarak yerine getirmesidir (Akt., Burcu, 2015: 82).

Hastalık ile kadının öncelikle birey olarak hareket etmesi kısıtlanmaktadır. Ailesine ya da etrafındaki kişilere özbakım ve yaşamını idame ettirmesi bakımından bağımlı hale gelmektedir. Evlilik hayatında ev kadınlığı, annelik ve eş ilişkisine yansımaktadır. Haftanın belirli gün ve saatini hemodiyaliz salonunda geçirmektedir. Hemodiyaliz sonrası olabilecek komplikasyonlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bunlar halsizlik, kusma yorgunluk, uyku halidir. Bu olumsuzluklar sebebiyle ev içindeki rolleri eşine ve çocuklarına ayrılan zaman daralmaktadır. Ev idaresi, temizlik, mutfak düzeni bu noktada geri planda kalmaktadır. Ayrıca hastalığın etkisi ile doğurganlık, cinsellik ve hormonal dengesi bozulmaktadır. Toplumsal rolleri açısından ise kadın, akraba ve

toplum içine daha az katılmaktadır. Cilt görünümü, deri döküntüleri, hemodiyaliz sonrası halsizlik, beslenme kısıtlılığı sosyal ve toplumsal yaşamdan izole olmasına sebep olabilmektedir.

Kronik hastalıklar tıbbi yöntemlerle tamamen düzeltilemeyen, hastalığın etki derecesini en aza indirmek ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek bakım gerektiren durumlardır (Türkmen, 2012:37-51). Kronik hastalıklar bireye fiziksel pek çok zarara neden olmakla birlikte psiko-sosyal ve ekonomik olarak da etkiler yaratmaktadır.

Kronik böbrek yetmezliği kronik hastalıklardan biri olup bireylerin iş, arkadaşlık, aile, sosyal hayatını ve toplumsal kimliğini etkilemektedir. Kişiden kişiye farklılık gösteren bu hastalık büyük oranda kadın hastaları etkilemektedir.

Kronik böbrek hasarının geri dönüşümü, medikal tedavi ile iyileşmenin sağlanamadığı durumlarda hemodiyaliz tedavisi uygulamalardan biridir. Hemodiyaliz tedavisine bağlı olarak kadın hasta birey diyaliz merkezine bağımlı olarak yaşamını sürdürmektedir. Seyahat gereksinimi oluştuğunda ya da tatil planladığında hemodiyaliz tedavisini aksatmayacak şekilde gerçekleştirmelidir. Bunun için gideceği ildeki diyaliz üniteleri ile görüşüp seansını planlamalıdır. Tedavinin bağımlılığı iş yaşamında aksaklıklara ve diyaliz sonrası gerçekleşen tıbbi sorunlar iş hayatında etkinliği azaltmaktadır.

Kronik bir hastalık olan diyaliz sürecinde hasta olmak ile kadın olmak kesişiminde kadın hastaların yoğun sorunlar yaşadıkları literatürde belirtilmektedir. Kadının toplumsal cinsiyet eşitliğinden kaynaklı dezavantajlı konumuna hastalık durumu da eklendiğinde yaşana sosyal sorunlar ve gereksinimlerin boyutu da farklılaşmaktadır. Hemodiyaliz sürecindeki kadın hastaların yaşadıkları sorun ve gereksinimlerinin belirlenmesi tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının da bu anlamda yapılmasını gerektirmektedir. Bu bağlamda diyalize giren kadın hastaların sosyal hizmet bakış açısıyla sorun ve gereksinimlerinin belirlenmesi bu çalışmanın problemi oluşturmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı; kadın hemodiyaliz hastalarının hastalık süresince yaşadığı psiko-sosyal ve ekonomik kaynaklı sorunlar ile, diyaliz tedavisine bağlı kısıtlılıkları, hastalığın kadının çeşitli rollerinde (birey, eş, anne, çalışan kadın gibi) yarattığı olumsuzluklar ve hastalığı ile baş etme yollarının ve hastalığı nasıl değerlendirdiklerinin güçlendirme yaklaşımı sosyal hizmet temelinden ortaya konulmasıdır.

Bu bağlamda araştırmanın alt amaçları aşağıda belirtilmiştir:

1. Hemodiyaliz kadın hastaların genel özellikleri nedir?
2. Hemodiyaliz kadın hastalar hastalığa bağlı psiko-sosyal kaynaklı ne tür sorunlar yaşamaktadır?
3. Hemodiyaliz kadın hastalar hastalığa bağlı ekonomik kaynaklı ne tür sorunlar yaşamaktadır?
4. Hemodiyaliz kadın hastalar hastalık sürecini nasıl değerlendirmektedir?
5. Hemodiyaliz kadın hastalar diyaliz sürecine bağlı ne tür kısıtlılıklar yaşamaktadır?
6. Hemodiyaliz kadın hastaların hastalığa ve tedaviye bağlı toplumsal cinsiyet temelli rollerinde ne tür sorunlar yaşamaktadır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Sosyal hizmet Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği(IASSW, 2001) ve Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyon (IFSW,2001) sosyal hizmeti “İnsan hakları ve sosyal adalet ilkelerini temel alan; sosyal değişimi destekleyen, insanların iyilik durumunun geliştirilmesi için insan ilişkilerinde sorun çözmeyi, güçlendirmeyi ve özgürleştirmeyi amaçlayan ve bunun için insan davranışına ve sosyal sistemlere ilişkin teorilerden yararlanarak insanların çevreleri ile etkileşim noktalarına müdahale eden bir meslektir” şeklinde tanımlamıştır (Duyan, 2016: 6).

Bireyi çevresi içinde ele alarak sadece kişiyi değil ailesini, arkadaş çevresini ve toplumsal yaşamın içinde bulunduğu çevresini de iyileştirmektedir. Tez çalışmasında

kronik hastalıklardan biri olan kronik böbrek yetmezliği tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören kadın hastalar araştırma grubu olarak ele alınacaktır. Cinsiyet kapsamında hasta grubunun kadın olarak seçilmesi, toplum ve aile içerisinde birçok rol ve statüsü olan kadının hastalık sebebiyle “eksik ve yetersiz kadın” olarak adlandırılması önem arz etmektedir.

Sayısal olarak veriler incelendiğinde ülkemizde 7,5 milyon böbrek hastası bulunmaktadır. Diyaliz tedavisi gören ve böbrek nakli ile yaşamını sürdüren 62.000 hasta bulunmaktadır. Son dönem böbrek yetmezliği tanısı almış hastaların 2001 yılında 2012 yılına göre 2,5 kat arttığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı 2014-2017,2014:1-9). Literatürde hemodiyaliz hastaları ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Yapılan çalışmalar tıbbi, psikolojik ve sosyal hizmet literatüründe yer almaktadır. Ağırlıklı olarak psikolojik ve psikiyatrik olarak çalışmalar yer almaktadır. Fakat sosyal hizmet perspektifinden kadın hemodiyaliz hastaları ile ilgili yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca araştırma yönteminde kullanacağımız hastalığı değerlendirme ölçeği literatürde henüz kullanılmamıştır. Kadın hemodiyaliz hastalarının toplumsal ve sosyal işlevsel düzeylerinin hastalığını değerlendirme yöntemi ile ortaya koyması sosyal ve toplumsal açıdan bir noktaya ışık tutmaktadır. Yapılacak olan bu araştırma hem araştırma grubu hem araştırma yöntemi bağlamında önem arz etmektedir.

1.4.Varsayımlar

- Veri toplamada kullanılan ‘Kadın Hemodiyaliz Görüşme Formu’ araştırmanın amaçlarına uygun, uzman görüşleri alınarak verilerin toplanması amacıyla geliştirilmiştir
- Mc Adams ve arkadaşlarının 1987 yılında geliştirdiği ‘Hastalığı Değerlendirme Ölçeği’ araştırmanın amaçlarına uygun, verilerin toplanması amacıyla kullanılmıştır (Adaylar, 1995: 24)
- Verilerin toplandığı örneklem grubu hemodiyaliz ünitesinde haftada üç gün hemodiyalize tedavisi gören kadın hastaları temsil etmektedir.

1.5.Sınırlılıklar

Bu araştırma Türk Böbrek Vakfı Hizmet Hastanesi diyaliz ünitesinde gerçekleştirilmiştir. Bu hastane ile sınırlı kalınmasının sebebi diğer özel diyaliz merkezlerinden izin alınamayışıdır. İstanbul'daki belirtilen diğer devlet hastaneleri, eğitim araştırma hastanelerinin araştırmaya dahil edilememesinin sebebi, bu diyaliz ünitelerinde özellikle yeşil kartlı hastaların, yabancı uyruklu, göçmen hastaların, tercüman problemi yaşanan hastaların, genel durumu kötü ve değişebilir, dezoryante hastaların bulunması, ani ve geçici olarak diyalize giren hastaların bulunması, hasta sirkülasyonun fazla olması, bu hastalarla görüşmeyi engellemiş olup, sınırlandırmıştır. Görüşmenin gönüllülük esasına dayanması araştırmayı sınırlandıran bir durumdur. Hemodiyaliz ünitesinde 124 kadın hasta diyalize girmektedir. 70 hasta görüşmeyi kabul etmiş olup, görüşmeler tamamlanmıştır. 54 hasta görüşmeyi reddetmiştir ya da görüşmenin belli bir kısmında görüşmeyi devam ettirmek istemediğini belirtmiştir. Ayrıca görüşme diyaliz öncesi, diyaliz sırasında ya da sonrasında gerçekleştirilmiştir. Hastaların ruh hali, tedavi esnasında ya da sonrasında tedavinin olumsuz etkileri (bulantı, kusma, baş dönmesi, yüksek tansiyon veya düşük tansiyon, bilinç bulanıklığı, üre yüksekliğine bağlı bilinç bulanıklığı) görüşmeyi etkilemiştir. Görüşme esnasında hemodiyaliz ünitesinin saat ve kurallarına riayet edilmek üzere hassas davranılmıştır. Bu durum zaman yönetimini, dikkat ve görüşme yönetimini sınırlandırmıştır.

1.6.Tanımlar

Araştırmada kullanılan bazı kavramların tanımları bu bölümde açıklanmıştır.

Kronik Böbrek Yetmezliği: Organizmada diğer hastalıklara bağlı sekonder olarak gelişen süregelen, geri dönüşümsüz olarak ilerleyen böbrek hasarı olup ileri evrede son dönem böbrek yetmezliği olarak tablolaşan ve hayatı tehdit eden olumsuz etkilerini en aza indirmek amacıyla renal replasman tedavilerinin uygulandığı bir hastalıktır (Süleymanlar, 2007: 1-7).

Hemodiyaliz Hastası: Kronik böbrek yetmezliği tanısı ile renal replasman tedavilerinden (böbreğin yerine işlev gören) biri olan, haftada üç gün diyaliz ünitesinde hemodiyaliz tedavisi gören, damar giriş yoluna sahip, kadın hastalardır.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

Araştırmanın bu bölümünde yapılan literatür taramaları sonucu sağlık ve hastalık kavramları ele alınarak, kronik hastalık ve süreci, kronik böbrek yetmezliği tanımı, nedenleri, belirtileri, evreleri, beslenme durumları ve tedavi türlerine yer verilmiştir. Kronik böbrek yetmezliği tedavisinden biri olan hemodiyaliz hastalarının hastalık süreci, karşılaştıkları fizyolojik, psikolojik ve ekonomik sorunlar, ailelerinin yaşadıkları sorunlar ele alınmıştır. Toplumda kadın sağlığı, toplumsal cinsiyet ve rolleri ve hemodiyalizin toplumsal cinsiyet rolleri incelenmiştir. Sosyal hizmet müdahaleleri kapsamında güçlendirme yaklaşımı ele alınarak sosyal hizmet mesleği disiplini açısından nefrolojik sosyal hizmete değinilmiştir. Dünyada ve Türkiye’de yapılan çalışmalara ayrı bir başlıkta yer verilmiştir.

2.1. Sağlık ve Hastalık

Abraham Maslow tarafından insan “fiziksel, sosyal, duygusal, entelektüel ihtiyaçları olan bir varlık” olarak tanımlanmıştır. İnsan kas-iskelet-sinir, solunum, dolaşım, boşaltım ve üreme gibi biyolojik ve fizyolojik sistemler haricinde, psikososyal, toplumsal ve kültürel sistemler ile varlığını sürdürmektedir. İnsanın bütün bu sistemleri genetik ve çevresel faktörlerle etkileşim halindedir. İnsan döllenme ile birlikte oluşan genetik dizilim, sonrasında doğum ile belirli bir çevrede yaşamını sürdürmektedir. Bulunduğu çevre içinde kendini çevreye uyumlu hale getirebilen ya da çevreyi kendine uyumlu hale dönüştürebilen, bu noktada sağlık ve hastalık döngüsü içinde hareket eden bir varlıktır (Ay, 2013: 2-3). Sağlık ve hastalık kavramı tıbbın ana konusu olduğu gibi sosyal bir konuyu da içine almaktadır. Sadece biyolojik ve fiziksel olarak normal ya da patolojik olma hali haricinde sosyal ve kültürel alanı da içine almaktadır (Belek, Nalçacı, Onuroğulları, Ardıç, 1998: 25).

Buna göre sağlık ve hastalık döngüsü yaşamın başlamasından itibaren sadece biyolojik ve fizyolojik durumlarla açıklanamamaktadır. Sosyal yapıyı, toplumsal alanı da bu sürece dahil ederek sebep-sonuç etkilerini kapsam içerisine dahil etmiştir. Bu denli önemli multiple faktörleri kapsayan sağlık-hastalık döngüsünde sağlıklı birey ve

sağlıklı olmayan hastalığın oluştuğu bireylerin iyilik hallerinin, yaşadıkları durumu nasıl algıladığıyla da ilgili olabilmektedir.

2.1.1. Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “çok yönlü olarak sadece hastalıkların olmayışı değil, fiziksel, ruhsal, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamıştır (Baltaş, 2000: 32).

Fiziksel ve biyolojik olarak sağlık; bir canlının organizmasını oluşturan tüm hücrelerin işlevlerini koruması ve maksimum düzeyde görevlerini yerine getirmesi, diğer sistemlerin birbirleri ile başarılı bir şekilde örgütlenmesi, uyumlu olarak çalışma sürecidir. Sosyal olarak tanımlanacak olursa sağlık; bireyin içinde bulunduğu çevre ve toplum tarafından kendisine atfedilen rollerini ve verilen sorumluluklarını en üst düzeyde yerine getirebilmesi, ilişkilerinin olumlu yönde kurup devam ettirebilmesidir. Psikolojik olarak ise; bireyin ani olarak yaşadığı olaylara verdiği duygusal tepkiler ve davranışlar ve bu duruma karşı geliştirdiği baş etme yöntemlerinin örgütlenerek yaşanan krizin olumsuz sonuçlarından etkilenmemesi durumudur (Ay, 2013: 7). Tanımlardan da anlaşılacağı gibi sağlık, bireyin sadece vücudunun hasta olmaması değil, toplum içinde belirli bir statüsü olan, ahenk ve uyum içinde barınan, üretken olma halidir.

İllich (2011: 85-88) sağlığı; bireyin dünyaya geldikten sonra büyüüp gelişimini sürdürme, yaşlanma, bütün bu yaşam evrelerinde bulunduğu çevreye uyum sağlama, organizmanın herhangi bir sisteminde oluşan hastalık karşısında iyileşme ya da ağrı ve ızdırap çekme, ölüm gerçeğini bilme ve bekleyebilme, yaşadığı gerçeklerle yüzleşme, kabullenme ve baş edebilme yöntemlerini gerçekleştirmedi. Tüm bunlar sırasında huzur, acı, mutluluk, keder duygularında hayatta olduğunu hissetmesidir.

2.1.2. Hastalık

Tıbbi olarak “illness”, toplumsal olarak “disease” olarak ifade edilen hastalık, sağlığın belli evrelerde belli etkenler sebebiyle bozulması ya da kaybedilmesidir. Yani vücutta ki doku ve organların fizyolojik olarak işlevini kaybetmesi, vücudun sisteminde bozulmaların meydana gelmesidir. Hastalık oluşumu sürecinde birey sadece biyolojik,

fizyolojik ve fiziksel olarak etkilenmez sosyal ve psikolojik sağlığı da zarar görür (Adak, 2012: 338).

Dünya Sağlık rgt hastalığı “doku ve hücrelerde yapısal, fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı haldir” şeklinde tanımlamıştır (Cirhinlioğlu, 2015: 14).

Hastalığın algılanış biçimleri ortaya konulduğunda hastalıkların kırdan kente göçün, yaşam şekillerinin farklılaşması sonucu oluştuğu düşüncesi belirtilmektedir. Bu ifadeye göre çeşitli mikroorganizmaların yol açtığı, yaşanılan kötü bir olay sonucu ortaya çıkan ya da kronik ve ölümcül bir deneyim olarak hastalığın varlığı ortaya çıkmaktadır. Diğer bir algılanış biçimi olarak hastalık insanın içsel dengesi olarak ifade edilmektedir. Burada hastalığın işlevselsizliğe sebebiyet verdiğini de söylemek mümkündür (Scambler, 1991:34. Akt., Adak, 2012: 339).

Hastalığın farklı tanımları mevcuttur. Hastalığı; hastayı tedavi eden tıp hekimleri, hastalığı yaşayan hasta, bu durumdan etkilenen yakınları ve duruma dışardan bakan bireyler farklı tanımlamaktadır.

“Tıbbi açıdan ya da doktor açısından hastalık, belli işaret ve semptomlarla kendini gösteren patolojik bir anormalliği ifade eder. Toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olarak hasta açısından hastalık, sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarının öznel deneyim içinde bireyce algılanması, bireyin acı, rahatsızlık vb. duyma durumudur”. (Adak, 2012: 420-421).

Hastalığın toplumsal olan boyutu, sağlıksız olma ya da hasta olma durumunun sadece bireyi etkilemesi değil hastalığın etkilerinin çevresine yansımaları ve bu yansımaların diğer bireyler tarafından aktarılan hasta bireye olan etkisidir (Akbal, 2008: 40).

Hastalık kavramında göze çarpan bir diğer nokta fizyolojik bir rahatsızlığın devamlılığından ibaret olmamasıdır. Hastalık sürecinde kişinin hastalığının olduğu organ ve sistem değil iyilik halini oluşturan tüm etkenler etkilenmektedir. Bu süreçte kişinin kişi mental, ruhsal, sosyal, biyolojik olarak yaşam evrelerinde hasar görebilmektedir. Hastalıktan etkilenen tüm bu sistemler üzerinde bireyin hastalığını nasıl algıladığı, hastalık belirtilerinin etkisinin farkındalığı ve vücudunun değişimlerine olan yorumları etkilidir. Tiroid bezi ile ilgili hastalığı olan bir birey eğer hastalığının tedavisini almaya başladıysa ve olumlu sonuçlar ile karşılaşıyorsa, kendini

hasta olarak görmeyip günlük hayatına devam edebilir. Fakat kronik böbrek yetmezliği tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören bir birey haftanın üç günü diyaliz makinasına bağlandığı için kendini hasta olarak algılayabilir. Günlük yaşamına devam etmesi zorlaşabilir. Sosyal, ruhsal ve fizyolojik hali olumsuz yönde etkilenebilir. Yaşanan hastalık durumu her bireyde aynı hastalık dahi olsa farklı algılanabilir. Bir apandisit ameliyatı okul çağı bir çocuk için okula gitmemek için fırsat olarak algılanır. Fakat bir anne için çocuğunun bakımının aksaması olarak algılanabilir (Ay, 2013: 8-9).

2.1.3. Kronik Hastalık ve Süreci

Bedenlerimizin farkına vardığımız, günlük yaşamlarımızı düzenlediğimiz, beslenme alışkanlıklarımızı değiştirdiğimiz, günlük egzersizlerimizi oluşturup, yaşam tarzımızı sağlıklı olarak biçimlendirdiğimiz, genel esenliğimizi sağladığımız bir konum içerisindeyiz. Bununla beraber hastalığın kendi doğasında da değişim görülmektedir.

Eskiden yaygın olan tüberküloz, kolera, sıtma, polio gibi hastalıklar bulaşıcı hastalıklar toplumun genelinde salgın hastalıklar olarak görülürdü. Günümüzde sanayileşme ile birlikte bu hastalıkların görülme sıklığı azalmıştır hatta yok olmuştur. Artık görülen ve ölüme kadar sebebiyet veren hastalıklar kalp ve damar hastalıkları, böbrek hastalıkları, diyabet, kanser, yüksek tansiyon gibi genetik geçişle de geçebilen hastalıklardır. Bu süreç sağlıkta bir geçiş döneminin göstergesidir. Modernite öncesinde en çok bebek ve çocuk ölümleri yaşanırken, günümüzde yaş artışına bağlı ölüm oranları artmaktadır. Zamanla değişen hastalık olguları, yeni bir yaklaşım oluşmasına sebep olmuştur. Bu hastalıkların oluşumunda en büyük sebep yaşam tarzının işleyişinde görülen sigara içmek, düzensiz beslenmek, tüketilen besinlerin doğallığını yitirmesi, stresli yaşam koşulları olduğu öne sürülmektedir (Giddens, 2008: 308-309).

Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalıkları “bulaşıcı olmayan, altı ay ve daha uzun süre ile devam eden, genellikle yavaş seyir gösteren ve gelişiminde pek çok risk faktörünün rol oynadığı hastalıklar” şeklinde ifade etmiştir (Global status report on noncommunicable diseases, 2014: 1-141). Kronik hastalıklar, hayati önem arz eden, yavaş yavaş ilerleyen, etkisini uzun vadede gösteren, hasta birey üzerinde kontrol, koruma, bakım ve izlem esas olan sağlık sorunlarını kapsar. Yaşanan bu sağlık

sorunları bireyin fizyolojik işlevlerini etkilemenin yanı sıra psikolojik, sosyal, mental, ekonomik açıdan olumsuz etkilenmektedir (Tuncay, 2007: 15).

Kronik hastalıklar, hastalık sahibi bireyin ve etrafındaki kişilerin hayatına belirli sınırlamalar getirmektedir. Hastalığın ilerleyici ve uzun süreli olması hastalıkla beraber yaşamı zorlaştırmaktadır. Öz bakımın sağlanması, çevresi ile iletişim kurabilme, iş yaşamı ve sosyal hayatın sınırlanmasına, günlük yaşam aktivitelerinde ailesi ve çevresindeki kişilere bağımlı hale gelmesine sebep olmaktadır (Ceylan, 2007: 9).

Kalp damar hastalıkları, obezite, şeker hastalığı, kanser, organ yetmezliklerine bağlı kronik hastalıklar ve solunum sistemi hastalıkları sağlığı olumsuz yönde etkileyen en önemli sebeplerdendir. Bulaşıcı olmayan bu hastalıklar yaklaşık her yıl 35 milyon kişinin ölüm sebebi olarak gösterilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Planı Sağlık Bakanlığı, 2010: 1-48).

2002 yılında yayınlanan Dünya Sağlık Raporuna göre dünyada ölüm sebeplerinin %60'lık diliminde kronik hastalıkların yer aldığı, küresel hastalık oranlarında ise %43'lük orana sahip olduğu görülmektedir. 2020 yılında bu oranların artacağı, kronik hastalıkların küresel hastalık oranının %60'a, ölüm nedenlerini de %73'e çıkaracağı ifade edilmektedir (World Health Organization, 2006)

Matson ve Brooks'ın geliştirdiği "kronik hastalığa uyum modeli" ile kronik hastalığı olan kişilerin hastalığı kabullenip hastalıkla yaşamaya uyum sağlamaları için belirli dönemlerden geçmektedirler. Bu dönemler şu şekilde sıralanmaktadır: (Tanık, 2006: 32-33)

1. Belirsizlik: Hastalıkla ilk karşılaşmadan sonra birey hastalığının ne olduğu ve kendisinde ne gibi etkisi olacağı hakkında fikir sahibi olmaması tedirginlik ve kaygıya yol açar. Zihninde "benim neyim var ya da bana ne olacak?" gibi sorularla tedirginliği devam eder.
2. İnkâr: Ani olarak hastalıkla karşılaşan bireyde şok, hastalığı kabullenmeme, kendi başına geldiğine inanmama, kızgınlık gibi duyguları mevcuttur. "Neden ben" sorusu hakimdir. Bu dönemde hastanın çevresindeki bireyler sahiplenip, hastalık sürecini kolaylaştırabilir ya da hastaya karşı ilgisiz kalıp bu süreci zorlaştırabilir.

3. Kabullenme: Bu evrede hastalığın oluşturduğu etkilere bağlı olarak ruhsal ve fizyolojik değişimler gözlenir. Bu değişimlerin benlik kavramı üzerinde ve beden imajında etkileri göz ardı edilemez. Yaşadığı değişimleri günlük yaşamı ile uyumlu hale getirmeye çalışır. Hastaların bazılarında yeti yitimine bağlı olarak yas tutma davranışı gözlenebilir.
4. Uyum: Bu evrede hastalığın meydana getirdiği tüm değişimler öğrenilmiştir. Günlük yaşam ile uyumlu hale getirilen tüm değişimlerin olumsuz etkileri azaltılmaya çalışılır. Ev, iş, aile ve sosyal yaşamda bazı değişimler ve düzenlemeler yapılır. Bu dönemde hastanın çevresindeki bireyler hastalığın oluşturduğu etkileri bilmeli ve oluşabilecek krizlere karşı temkinli yaklaşmalıdır.

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği

2.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanımı

Böbrekler karın boşluğunun arka tarafında her iki yanda bulunan her biri 120-150gr ağırlığında olan organlardır. Her iki böbrekte toplam iki milyon nefron vardır. Her bir nefronun idrarı oluşturma yeteneği mevcuttur. Nefronun idrar oluşturma aşamaları: Glomerüler filtrasyon (kanın süzülmesi), tübüler reabsorbsiyon (vücut için gerekli olan maddelerin geri emilimi), tübüler sekresyon (geri kalan atık maddelerin salgılanması). Böbreğin idrar oluşumu ve atılımı haricinde birçok işlevi vardır. Bunlar; sıvı elektrolit dengesinin sağlanması, metabolik artık ürünlerinin, ilaç ve toksinlerin atılımı, tansiyonun düzenlenmesi, hormonların üretimi ve metabolizmasını sağlamadır (Karadeniz, 2007:187).

Kronik böbrek yetmezliği organizmada diğer hastalıklara bağlı sekonder olarak gelişen süreğen, geri dönüşümsüz olarak ilerleyen böbrek hasarı olup ileri evrede son dönem böbrek yetmezliği olarak tablolaşan ve hayatı tehdit eden olumsuz etkilerini en aza indirmek amacıyla renal replasman tedavilerinin uygulandığı bir hastalıktır. Klinik olarak ise böbrek hasarının en az üç ay süreyle devam etmesi ya da glomerüler filtrasyon hızı değerinin $60\text{ml/dk}/1.73\text{ m}^2$ 'den düşük olmasıdır (Süleymanlar, 2007: 17). Glomerüler filtrasyon değerinin azalması sonucu böbreğin görevlerinden olan vücudun sıvı elektrolit seviyesinin dengelenmesi, metabolik ve hormon fonksiyonlarının böbrekler tarafından yerine getirilememesi ve bu durumun progresif ve irrevesbl olarak kronikleşmesidir (Akpolat, Yalçın, 2001: 11-20).

Kısaca kronik böbrek yetmezliği kalıcı ve sürekli olarak böbrek hasarının olması, organizmayı yapısal hem de işlevsel olarak etkileyen, bireyin organ kaybı ile seyreden bir hastalık olarak tanımlanabilir.

2.2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Nedenleri

Kronik böbrek yetmezliğine sebep olan durumun her zaman belirlenemeyebilir. Hastalık genellikle belirti vermeden ilerlemektedir. Bu durumda son evrede hastalar hekime başvurduğundan böbrek yetmezliğine yol açan altta yatan sebebe yönelik tedaviye geç kalılabilmektedir. Başlıca insidans ve prevalans açısından sebepleri incelendiğinde; diabetes mellitus, hipertansiyon, kronik glomerulonefrit olarak sıralanmaktadır (Süleymanlar, Serdengeçti, Altıparmak, Seyhani, 2010: 3-28). Diğer etyolojik faktörler de sıralanacak olursa; kronik pyelonefrit, ankilozan spondilit, sistemik lupus eritematozus, polikistik böbrek hastalığı, renal vasküler hastalık, nefroskleroz, amiloidoz, üriner sistem hastalıklarıdır (Türk Nefroloji Derneği Data Raporu, 2007).

Tablo 2.2.2.1: Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalığının Sebepleri

Etyoloji	N	%
Diabetes Mellitus (DM Şeker Hastalığı)	2519	35.36
Hipertansiyon (HT Yüksek Tansiyon)	1871	25.51
Glomerulonefrit	487	6.84
Polikistik Böbrek Hastalığı	350	4.91
Amiloidoz	156	2.19
Tübülointerstisyel Nefrit	99	1.39
Obstrüktif Nefropati	95	1.33
Renal Vasküler Hastalık	74	1.04
Diğer	571	8.01

Kaynak: Süleymanlar, Ateş, Seyahi, 2017: 1-142.

2.2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Belirtileri

Kronik böbrek yetmezliğinin belirti ve bulguları hastalığın evresi, semptomları ve ilerleme hızı ile bağlantılıdır. Kronik böbrek yetmezliği birçok organ ve sistem tutulumuna sebep olup laboratuvar değerlerinde patolojik değerler ile karakterizedir. Hastalığın ilerleyişi nonspesifik olup yavaştır. Hastalık belirtileri sadece sistemik olarak değil, hastanın ruhsal durumunu da olumsuz yönde etkilediğinden yaşam kalitesi bozulabilmektedir ve bu durum günlük yaşamını değiştirmektedir (Akoğlu, Süleymanlar, 2003: 1298-1308). Klinik olarak belirti ve bulgular şöyledir;

Sıvı Elektrolit Bozuklukları: Hipervolemi (sıvı fazlalığı), hipovolemi (sıvı azlığı), hipernatremi (vücutta sodyum oranının normalin üstünde olması), hiponatremi (vücutta sodyum oranının normalin altında olması), hiperpotasemi (vücutta potasyum değerinin yüksek olması), hipopotasemi (vücutta potasyum değerinin düşük olması), hipermagnezemi (vücutta magnezyum değerinin yüksek olması), hiperfosfatemi (vücutta fosfor düzeyinin yüksek olması), hiperkalsemi (vücutta kalsiyum düzeyinin yüksek olması), hipokalsemi (vücutta kalsiyum düzeyinin düşük olması), metabolik asidoz (kanın ph düzeyinin azalması) (Akpolat, Utaş, 2008: 1-22).

Sinir Sistemi: koma, uyku bozuklukları, stupor (derin uyku hali), konuşma bozuklukları, baş ağrısı, kramp, tremor (titreme), myoklonus (ani kas kasılması), konsantrasyon bozuklukları, yorgunluk, halsizlik, irritabilite (huzursuzluk, hafif uyaranlara bile aşırı duyarlılık, tepki verme), konvülsiyon (istemsiz çizgili kasların kasılması), polinöropati (kol ve bacaklarda ilerleyen kuvvetsizlik ve duyu kaybının bozulması), tik, huzursuz bacak sendromu, demas (Akpolat, Utaş, 2008: 1-22)

Ruhsal Bozukluklar: selektif amnezi (bazı olayları ya da kişileri unutma), kişilik bozuklukları, fotofobi, inkâr, organik psikoz (fiziksel hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan psikotik bozukluk) (Akoğlu, Süleymanlar, 2003: 1298-1308).

Bu hastaların günlük yaşamları ve düzenleri tamamen değiştiğinden tıbbi bir ekibe bağımlı hale gelebilirler. Beslenme kısıtlılığı, sürekli ilaç kullanımı, sosyal izolasyon, iş kaybı gibi durumlarla karşılaşmaktadırlar. Bu süreçte en çok karşılaşılan ruhsal sorunlar anksiyete, cinsel fonksiyon bozuklukları, depresyon, tedaviye uyum sağlamamadır (Küçük, 2005: 166-170, Erdem, Karabulutlu, Okanlı, Tan, 2004: 1-14).

Gastrointestinal Sistem: Bulantı, kusma, hıçkırık, parotit (parotis bezinin enfeksiyonu), gastrit, iştasızlık, somatit (ağız içi enfeksiyonu), pankreatit (pankreas

bezinin iltihabı), gastrointestinal kanama, ülser, özefajit (yemek borusunun iltihabı), ascit (karında sıvı birikmesi), intestinal obstrüksiyon ve perforasyon (mide veya bağırsak içinde tıkanıklık ve delinme), motilite bozuklukları (yemek borusu hareketlerinde bozulma) (Tanrıverdi, Karadağ, Hatipoğlu, 2010: 27-32).

Hematoloji- İmmünoloji: Normokrom normositer anemi (kırmızı kan hücresi şekli ve değerlerinin normal olup demirin yeterince kullanılamaması bağlı anemi), mikrositer anemi (kırmızı kan hücrelerinin hacminin düşük olması bağlı anemi), kanama bozuklukları, enfeksiyona yatkınlık, kanser, aşı ile sağlanan bağışıklama da azalma, lökopeni (beyaz kan hücrelerinden azalma), lenfopeni (savunma hücresi olan lenfosit hücrelerinde azalma) (Akpolat, Utaş, 2008: 1-22).

Kardiyovasküler ve Pulmoner Sistem: Ürenin artışına bağlı erikardit (kalp zarında ürenin birikmesi), yüksek tansiyon, kalp ritm bozukluğu, kalp kapağı hastalıkları, damarlarda ateroskleroz, kardiyomiyopati (kalp kasının kalınlaşması), konjestif kalp yetmezliği, akciğer ödemi (Tanrıverdi, Karadağ, Hatipoğlu, 2010: 27-32).

Cilt Bulguları: Vücutta toksik maddelerin birikmesiyle deride kaşıntı, kuruluk, döküntü, yara oluşumu, yara iyileşmesinde gecikme, solukluk, hiperpigmentasyon (vücutta biriken toksik maddeler sebebiyle kirli sarı, topraksı renk görünümü) (Akpolat, Utaş,2008:1-22, Serdengeçti, Altıparmak, 2011:789-805).

Metabolik- Endokrin Sistem: Glikoz intoleransı (glikoz insülin dengesinin bozulması), hiperlipidemi (kanda yağ ve kolesterol oranının yüksek olması), büyüme geriliği, hiperparatiroidi (paratiroid bezinin fazla çalışması), hipogonadizm (kadınlık ve erkeklik hormonun yapımında azalma ve buna bağlı olarak seksüel gelişimde oluşan bozukluk), libido azalması, cinsel aktivitede azalma, hiperürisemi (vücutta ürik asit artışı), malnütrisyon (yeterince beslenememekten kaynaklanan vücut yapı ve fonksiyonlarının bozulması) (Akpolat, Utaş,2008:1-22, Tanrıverdi, Karadağ, Hatipoğlu, 2010: 27-32).

Kemik ve Eklem: Üremik kemik hastalığı, amiloidoz (dokularda amiloidin birikmesi ve bulunduğu organda işlev ve yapı bozukluğu), artrit (eklem iltihabı), D vitamini metabolizması bozuklukları, karpal tünel sendromu, yumuşak doku kalsifikasyonları, (Akpolat, Utaş,2008:1-22, Tanrıverdi, Karadağ, Hatipoğlu, 2010: 27-32).

Diğer Bulguları: Bulanık görme, susuzluk, kilo kaybı, hipotermi (vücut sıcaklığının normalin altına düşmesi, noktüri (gece idrara çıkmada artış) (Küçük, 2005: 166-170, Erdem, Karabulutlu, Okanlı, Tan, 2004: 1-14).

2.2.4. Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri

Glomerüler filtrasyon hızı böbreğin hasarında en önemli göstergelerden biridir. Geri dönüşümsüz ve ilerleyici olarak GFR hızının azalması klinik açıdan kronik böbrek yetmezliğinin evrelendirilmesinde kriterdir. Klinik olarak belirti göstermeksizin ilerleyen hasar üremi tablosuna kadar varmaktadır. Klinik olarak evrelendirilmesi tablo halinde aşağıda verilmiştir (KDIGO, Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2018 Kdigo Clinical Practice Guideline For Acute Kidney Injury. Kidney International Supplement, 2018: 1-79).

Tablo 2.2.4.1: Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalık Evreleri

Evreleme	Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFR) (ml/dk/1.73 m ²)	Tanım	Tedavi Uygulaması
1	≥90	Artmış ya da normal GFR değeri ile beraber böbrek hasarı	Hastalığın tanısı, birincil sebeplerin tedavisi, eşlik eden hastalıkların tedavisi, hasarın ilerlemesinin yavaşlatılması, kalp damar hastalıklarının riskinin azaltılması
2	60-89	GFR' de hafif azalma ile beraber böbrek hasarı	Böbrek hasarının ilerlemesinin kontrolü
3	30-59	GFR değerinde orta derecede azalma	Hastalığa bağlı gelişen komplikasyonların tedavisi
4	15-29	GFR değerinde ciddi azalma	Renal replasman tedavilerinin

			değerlendirilmesi ve hazırlığı
5	<15 veya diyaliz	Son dönem böbrek yetmezliği tanısı	Renal replasman tedavisi uygulaması

Kaynak: KDIGO, Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2018 Kidney Clinical Practice Guideline For Acute Kidney Injury. Kidney International Supplement, 2018: 1-79

Hastalığın 1. ve 2. evresinde hastalık belirti vermeyebilir. Hastaların biyokimya değerlerinden kan üre azotu ve idrar tahlillerinde sonuçlar normaldir ya da hafif derece bozulma görülebilir. Bu evrede böbreğin işlevleri sürdürülebilmektedir. 3. evrede de kan üre azotu ve kreatinin değeri yükselmiştir. Bu evrede hastalık belirti vermeyebilir. 4. evrede GFR değeri ciddi oranda azalmış olup, böbrek işlevini yerine getirememektedir. Hastada kansızlık buna bağlı olarak halsizlik yorgunluk, kan üre azotu, kreatinin değeri ve toksik maddelerin atılamamasından dolayı vücutta artmasına bağlı olarak bulantı, kusma, bilinç bulanıklığı, kan asit düzeyinin artması (metabolik asidoz), sıvı elektrolit dengesizlikleri (hipokalsemi, hiperpotasemi, hiperfosfatemi) görülmektedir. 5. evre de yine aynı belirtilerin daha da yoğunlaşması söz konusudur. Renal replasman tedavisi yani böbreğin yerine geçebilecek tedavilerin değerlendirilmesi ve başlanması gerekmektedir (KDIGO, Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2018 Kidney Clinical Practice Guideline For Acute Kidney Injury. Kidney International Supplement, 2018: 1-79).

2.2.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Beslenme

Kronik böbrek hastalığı renal replasman uygulamasının yanı sıra beslenmenin düzenlenmesi ile tıbbi tedavi bütünüyle sağlanmaktadır. Böbrek hastalarında hastalığın tanısı ve evresi belirlendikten sonra doğru, yeterli ve dengeli beslenme, uygulanacak diyet ve beslenme kısıtlılıkları hastalığın ilerlemesini azaltmak, hasarının etkilerinin en aza indirilmesini sağlamak ve hastaların yaşam kalitesini artırmak açısından önem arz etmektedir (Çiftçi, A, Çiftçi Ö.Ü., Kaya, 2012: 54-57).

Kronik böbrek yetmezliğinde beslenme hasta diyalize girmeden önce ve diyalize girdikten sonra farklılık gösterebilmektedir. Her evrede mutlaka diyet ve beslenme

kısıtlılığı olmaktadır. Hastalar için tedavide hastanın primer olarak etkin olduğu, en zor süreçlerden biridir. Belirlenen diyeteye uymadıkları takdirde karşılaştıkları komplikasyonlar hastaları olumsuz yönde etkilemektedir. Bu kısıtlılık hem fiziksel hem psikolojik olarak hastaları etkilemektedir. Beslenme düzeni her hastaya göre farklılık göstermektedir. Sadece kronik böbrek yetmezliği odak noktası alınmaz (Mercanlıgil,2018:215-257).

Böbrek yetmezliğine sebep olan primer hastalık ve beraberinde gelişen sekonder hastalıkların varlığına ve klinik tablonun gidişatına göre beslenme düzeni belirlenir. Her hastaya özgü kalori ve alınacak protein miktarı belirlenir. Renal replasman tedavileri başlatılmadan önce proteinden zengin beslenme biçimi böbreğin yükünü artıracığından protein kısıtlaması yapılır. Aynı zamanda tansiyon kontrolünü sağlamak amacıyla tuz kısıtlaması yapılmaktadır. İdrar atılımı takibi ile vücudun sıvı elektrolit dengesini sağlamak amacıyla sıvı alımı kısıtlaması ya da sıvı alımı sağlanır (Mercanlıgil, 2018: 215-257).

Kronik böbrek yetmezliği ile böbrek fonksiyonlarında bozulma ile beraber vücuttan atılması gereken maddeler atılamaz ve vücutta birikir. Fosfor birikimi ile kemik hastalıklarına, dokularda kalsifikasyona sebep olabilir. Potasyum birikimi kalp ritim bozukluklarına, kalbin durmasına, kas problemlerine yol açmaktadır. Bu durumda bu maddelerin birikmesini önlemek amacıyla ağızdan besinler yoluyla alımını kısıtlamak gerekmektedir. Sekonder olarak böbrek hastalığı kalp damar sistemini etkilemektedir. Kolesterol düzeylerini kontrollü tutmak, kan yağ oranlarını düzenlemek amacıyla beslenme sağlanmalıdır. Beslenme kısıtlılığı sadece besinler için değil sıvı alımı için de düzenlenmelidir. Sıvı elektrolit dengesi kolayca bozulabilen bir sistem olduğundan hastanın sıvı yükü ve elektrolit oranları mutlaka değerlendirilmelidir. Diyaliz tedavisi ile beraber protein kaybı olacağı için protein alımı yeterli olarak sağlanmalıdır. Yetersiz beslenme, yetersiz protein ve kalori alımı ile malnutrisyon gelişmekte olup hastaların yaşam süreleri ve yaşam kalitesi üzerine doğrudan etkileyebilmektedir (Sever, Koç, 2006:10-200).

2.2.6. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavisi

NKF-KKDOQI (Ulusal Böbrek Vakfı- Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi) kılavuzuna göre kronik böbrek yetmezliği tanısı almış hastaların böbrek hasarının tipi,

birlikte seyreden hastalığı, böbreğin işlevselliği değerlendirilerek; hastalığın evresi, komplikasyonların oluşması, kalp damar hastalıklarının oluşma riski, böbreğin fonksiyon kaybı incelenmesi yapılmalıdır. Kronik böbrek yetmezliğinin tedavi sürecinde, hastalığın spesifik tedavisi, beraberinde gelişen hastalıkların değerlendirilmesi ve önlemlerin alınması, komplikasyonların olumsuz etkilerinin en aza indirilmesi, var olan böbrek fonksiyonlarının kaybını engellemeye yönelik, tansiyonun ve vücuttaki yağ dengesinin kontrolü, böbreği etkileyen toksik maddelerin alınmasının engellenmesi, sigara kullanımının yasaklanması, egzersiz, beslenmenin düzenlenmesi ön plandadır. Kronik böbrek yetmezliği, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tablosuna girmişse renal replasman tedavileri (RRT) uygulanmaya başlanmalıdır. Hastanın klinik tablosuna göre uygulanacak olan renal replasman tedavileri renal transplantasyon (böbrek nakli) (RT), periton diyalizi (PD), hemodiyaliz (HD) dir (Topbaş, 2015: 53-59).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2018 yıl sonu verilerine göre renal replasman tedavi programlarında izlenmekte olan hasta sayısı 81.055, hemodiyaliz tedavisi gören hasta sayısı 60643, periton diyalizi tedavisi gören hasta sayısı 3.192, renal transplantasyon yapılan ve takibi yapılan hasta sayısı 17.220'dir (Süleymanlar, Ateş, Seyahi, 2019: 1-11).

2.2.6.1.Böbrek Nakli

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı almış hastaların renal replasman tedavilerinin planlanması gereklidir. Hayatını sürdürebilmeleri için en ideal tedavi böbreğin görevini tamamen üstelenecek olan yeni bir böbreğin naklidir. Böbrek nakli son dönem böbrek yetmezliği tanısı almış ve diyalize girmesi gereken hastanın vücuduna canlı ya da kadavradan alınan sağlıklı böbreğin cerrahi yöntemlerle vücuda nakledilmesidir. Böbrek nakli diyaliz tedavisinin getirdiği fizyolojik ve ruhsal sorunları ortadan kaldırdığından yaşam süresi, yaşam kalitesi açısından daha iyidir. (Türkmen,2007:2599-2601). Fakat nakil ile ilgili kısıtlılıklar sebebiyle diğer renal replasman tedavileri uygulamaktadır. Tüm dünyada renal replasman tedavisi alan hastaların 2.000.000'dan fazla olduğu bilirse %25'ten daha azına böbrek transplantasyonu yapılmıştır. En çok kullanılan tedavi yöntemi ise %90 ile

hemodiyalizdir (Sağlık Bakanlığı Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı 2014-2017, 2014: 12).

2018 yılında ülkemizde yapılan 3.871 böbrek transplantasyonunda 3.012 canlı vericiden 859 tanesi de kadavradan yapılmıştır. Bu transplantasyonun 1.375 tanesi kadın hastalara yapılmıştır. Yapılan transplantasyon sonucu fonksiyonel olarak nakille izlenen hasta sayısı 3.633, diyalize giren 46, tekrar transplantasyon yapılan 25, ölen hasta sayısı 167'dir (Süleymanlar, Ateş, Seyahi, 2019: 47-56).

2.2.6.2. Periton Diyalizi

Periton, vücudumuzdaki en büyük ve karın içi organları ve duvarını saran seröz bir membrandır. Bu iki alan arasındaki boşluğa ise periton boşluğu adı verilmektedir. Membran yüzeyi yetişkinlerde 1-2 m² kadar olabilmektedir. Son dönem böbrek yetmezliği tanısı alan ve renal replasman tedavisi uygulanacak olan hastalar için böbreğin işlevini yerine getirebilmesi için vücutta bulunan, böbrekteki nefronların süzme görevini üstlenebilecek olan doğal yarı geçirgen bir zar olan periton zarı ile periton diyalizi gerçekleştirilebilmektedir. Periton diyalizi, periton boşluğuna yerleştirilmiş bir katater aracılığıyla yapılmaktadır. Hazırlanmış olan 1,5-2 litre diyaliz solüsyonu, karın üzerindeki katater ile diyaliz solüsyonu periton boşluğuna verilir. Yaklaşık dört saatin sonunda tekrar periton diyaliz katateri aracılığıyla dışarı alınır. Alınan sıvı ile toksik maddeler ve kişinin vücudundaki fazla sıvı atılmış olur. Tekrar yeni hazırlanmış olan diyaliz solüsyonu periton boşluğuna verilir. Bu işlem günde dört kez yapılmaktadır. Bir diğer yöntem ise aletli periton diyalizi ile gerçekleştirilmektedir. Gece uygulanan ve sürekli diyaliz solüsyonunun değişiminin yapıldığı bir yöntemdir. Periton zarı ile yapılan diyalizin fizyolojisi periton zarında kapiller ve lenfatik dolaşımın olması ve bu dolaşım ve zarın geçirgenliği ile süzülme ve atılımın gerçekleşmesidir (Sezen, 2014: 357-398, Kazancıoğlu,2013:299-306, Bakoğlu, Şekerci, Yaman, Çevik, 2009: 65-78).

Periton diyalizinin hastalar için birçok avantajı bulunmaktadır. Hastalar tedavisini evinde kendisi yapabilmektedir. Bu açıdan günlük yaşamında kendini bir cihaza ya da sağlık çalışanına bağımlı hissetmemektedir. Seyahat ve iş yaşamında bağımsızlık, sıvı ve beslenme kısıtlılığının daha az yapılması hastanın ruhsal olarak iyileşmesine yardımcı olmaktadır. Kan yoluyla bulaşabilecek hastalıklara yakalanma riskinin

azalması, tansiyon ve aneminin kontrol altına alınması açısından periton diyalizi avantajlı renal replasman tedavisindedir (Neyzi, Ertuğrul, 2002: 1198-1203).

Ülkemizde 2018 yılında yapılan bir çalışmada, toplam periton diyalizi uygulayan hasta sayısı 3.192'dir. Bu hastaların 1.623'ü kadın hastadır. 2018 yılında ilk defa renal replasman tedavisi gören hastaların 886'sı periton diyalize başlamıştır. Bu hastaların 412'si kadın hastadır (Süleymanlar, Ateş, Seyahi,2019: 31-33).

2.2.6.3. Hemodiyaliz

Böbrek hasarı sonucu böbrek yetmezliği tablosu gelişen hastalarda son dönem böbrek yetmezliği ve akut böbrek yetmezliğinde en sık tercih edilen renal replasman tedavi yöntemidir. Özellikle acil ve kötüleşen klinik tablonun akut olarak düzeltilmesi gereken durumlarda en sık tercih edilen yöntemdir (Özyiğit, Yıldırım, Karaman, 2016: 88-94).

Hemodiyaliz "Hastadan vasküler girişim yoluyla alınan kanın yarı geçirgen bir membran aracılığı ve bir maine yardımıyla uygun diyaliz solüsyonu arasında etkileşim sonucunda, sıvı solüt içeriğinin yeniden düzenlenerek hastaya geri verilmesi işlemi" olarak tanımlanmaktadır. Hemodiyaliz, hastadan alınan kanın 200-500ml/dk kan akımı ile diyalizör adı verilen yarı geçirgen bir filtreden difüzyon ve ultrafiltrasyon fiziksel presiplerle sıvı ve solüt dengesinin sağlanarak toksik ajanlardan temizlenmesi, tekrar vücuda geri verilmesi ile sağlanmaktadır (Sezen, Temiz, Güngör, 2014: 357-398).

Hemodiyaliz cihazında kanın temizlenebilmesi damar erişim yoluna ihtiyaç vardır. Geçici ve kalıcı olarak damar yolu açılır. Geçici olarak kullanılan yöntem kasıktan veya boyun bölgesinden takılan çift lümenli kataterlerdir. Kalıcı olarak açılan damar yolları ise arterio-venöz fistül, arteriyo-venöz greft, kalıcı diyaliz katateridir (Akpolat, Utaş, 2008: 25).

Hemodiyaliz işlemi hastanın kalan böbrek işlev durumuna göre, klinik durumuna, böbrek yetmezliği ile sekonder gelişen hastalıkların varlığına, uyguladığı diyet ve beslenme durumuna göre haftada 2 ya da 3 gün olarak belirlenen seanslarda 4 ya da 6 saat uygulanmaktadır (Akpolat, Utaş,2008:1-72, Gülseven, Oğuz, 2011: 105-117).

Hemodiyaliz işlemi ekstrakorporal dolaşım ile yani kanın yaklaşık 200-250 ml kadarı dışarıda temizlenmesiyle yapılmaktadır. Seans sırasında kanın pıhtılaşmaması için antikoagülan (kan sulandırıcı) yapılmaktadır. Bu durumun hasta üzerinde birçok komplikasyonu mevcuttur. Hemodiyaliz sırasında ve sonrasında gerçekleşen, hemodiyaliz tedavisinin uzun dönemde oluşturduğu, böbreğin işlevini tam olarak yerine getiremediği için oluşan komplikasyonlar mevcuttur. Bu durum akut ve kronik komplikasyonlar olarak ikiye ayrılmaktadır. Akut komplikasyonlar; hipotansiyon (tansiyon düşmesi), kas krampları, bulantı, kusma, baş ağrısı, hipertansiyon (tansiyon yükselmesi), göğüs ve sırt ağrısı, ateş, titreme, kanama, kanın pıhtılaşp atılması, hemoliz, disequilibrium sendromu (ilk diyaliz sendromu: ilk defa diyalize alınan hastalarda gelişen, ani ve hızlı bir şekilde sıvı solüt değişimine bağlı hipertansiyon, koma ve ölüm ile sonuçlanan sendrom), kalp ritim bozuklukları, beyin kanaması, kas kasılmaları, hava embolisi, kardiyopulmoner arrest (kalbin ve solunumun durması) akut gelişen komplikasyonlardandır. Kronik komplikasyonlar ise vücutta ürenin birikimi, hemodiyaliz solüsyonundaki astatın birikimi, alüminyum toksisitesi, efektif olmayan diyaliz ve beslenme yetersizliği sebebiyle oluşmaktadır. Sistemik olarak oluşan komplikasyonlar ise aşağıda verilmiştir (Erkoç, 2003: 148-168, Menteş Çınar, 2000: 27-60):

Hematolojik komplikasyonlar: Kansızlık, enfeksiyona yatkınlık, kanama diyatezi.

Gastrointestinal sistem komplikasyonları: Gastrointestinal kanama, kabızlık, karaciğerde sıvı birikimi.

Kardiyovasküler sistem komplikasyonları: yüksek tansiyon, kalp yetmezliği, kalp kapak hastalıkları, kalp zarının iltihabı.

Kas- iskelet sistemi komplikasyonları: Kramp, üremik kemik hastalığı.

Metabolik komplikasyonlar: Hiperlipidemi, kolesterol düzeylerinde değişiklik, malnütrisyon.

Endokrin sistem komplikasyonları: Kısırlık, cinsel fonksiyon bozuklukları, seksüel hormonlarda değişim, parathormon düzeylerinde değişim.

Dermatolojik komplikasyonlar: Ürenin vücutta artışına bağlı kaşıntı, kuruluk, periferik damarlarda kalsifikasyon sebebiyle oluşan cilt nekrozları.

Sinir sistemi komplikasyonları: Alüminyum nörotoksitesisi, üremik periferik nöropati.

Enfeksiyöz komplikasyonlar: Kan yoluyla bulaşan hepatitler, HIV, bağışıklığın düşmesiyle sistemik enfeksiyonlar, damar erişim yolu enfeksiyonları.

Kateter, fistül ve greft komplikasyonları.

Diyaliz amiloidozu

Psikososyal sorunlar: anksiyete, depresyon, umutsuzluk.

Hemodiyaliz tedavi yönteminin bir takım avantajlı ve dezavantajlı yanları vardır. Avantajlı yanları, her gün değil haftada iki yada üç gün tedavisini tamamlaması, diğer zamanlarda serbest olabilmesi, malnütrisyonun daha az olması, periton diyalizinde olduğu gibi karınla ilgili komplikasyonların olmaması, hastaneye yatış süresinin azalması, metabolik olarak daha az etkilenme ve buna bağlı olarak et kilosu ve yağ oranında artışın olmaması, bazı solütlerin, atık ve toksik maddelerin daha hızlı ve etkin olarak temizlenmesi, hemodiyaliz merkezinde tedavi uygulandığı için hekim ve hemşire kontrolünde uzman bir ekip ile tedavinin uygulanması, diyaliz merkezine geliş gidişlerde, tedavi süreçlerinde diğer hastalar ve çalışanlar ile iletişim kurularak sosyal bir ortamın sağlanması olarak sıralanabilir. Dezavantajları ise ani ve hızlı sıvı çekimi solüt dengesinin değişimiyle diyaliz sonrası yaşanan halsizlik, sonrasında iyilik halinin bir sonraki diyalize kadar azalması ve kendini iyi hissetmemesi, tedavi sırasında eğer iğne girişimi yapılacaksa ağrı ve acı hissi, katater kullanılıyorsa enfeksiyona açık olma hali, kan sulandırıcı kullanılması, beslenme ve sıvı kısıtlılığının fazla olması, tansiyonun tedavi süresince ani değişimi, sürekli bir merkeze, sağlık personeline ve hemodiyaliz cihazına bağımlı olma, kan kaybının her diyaliz seansında olması ve bu duruma bağlı hastada gelişen kansızlık olarak sıralanabilir (Tanrıverdi, Karadağ, Hatipoğlu,2010:27-32, Akpolat, Utaş, 2010:22-33, Gülseven, Oğuz, 2011: 105-117, Türkmen, 2002: 52-67).

2.2.7. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Almış

Hastaların Hastalık Süreci

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı ile hemodiyaliz tedavisine başlayan hasta hastalık sürecinin başlaması ile yeni bir döneme adım atar ve yeni deneyim kazanmaya başlar. Hastalığın akut ya da kronik olarak gelişmesi, semptomlarının görülme sıklığı, nedeni ve ortaya çıkış biçimi hastalık sürecini etkilemektedir. Fizyolojik etkileriyle

karşılaşılan hastalığa psikolojik olarak tepki verilir ve ilk stres kaynağı hastalığın tanımlanarak teşhisin konulmasıdır. Hastalık ile hazırlıksız olarak karşılaşan kişi aniden değişen yaşam stili ile baş etmekte zorlanır. Hastalığın nasıl oluştuğunu, tedavi sürecini, hastalığın etkileri ile nasıl başa çıkabileceğini, oluşabilecek olumsuz durumları en aza indirmeyi sağlayacak yaşam stilini bilmek hasta bireyin hastalık sürecini rahatlatmaktadır. Hasta bireyler hastalığı somut ve sembolik olarak aynı zamanda duygusal ve eylemsel olarak kayıp olarak nitelendirir. Somut kayıplar vücudun fizyolojik olarak işlevselliğini yitirmesi, organ ve uzuvlarının kaybı, sembolik kayıpları ise güven, memnuniyet, benlik saygısı gibi kişisel durumlarla ilgilidir. Kayıp olarak nitelendirilen bu durumlara yas olarak tepkiler verilmektedir. Bunlar üzüntü, endişe, umutsuzluk, mesleki yetersizlik, memnun olmamadır (Armay, 2006: 6-12).

Hasta olduğunu kabullenen birey hastalık algısını zihninde yerleştirerek yaşamını idame ettirmektedir. Hem hemodiyalize tamamen bağımlı olarak yaşamak tedavi sürecinde birçok karmaşıklığa uyum sağlamak zorundadır. Bu hastalık sürecini etkileyen durumlar; demografik faktörler, ekonomik durum, iş yaşamı, tedavi ile ilgili bilinçlenme durumu, tedavinin yararını farkında olma, günlük yaşamının tamamen değişmiş olması, sağlık personeline olan güvenin ve rahatlığın olması, yerleşim bölgesi, tedavi için gidilen sağlık kurumuna ulaşım, sahip olunan alışkanlıklar, psikososyal bozuklukların varlığı, bireysel inançlar, tutumlar, algılar, ailenin tutum ve davranışları, tedavinin yan etkilerine bağlı ve geleceğe yönelik kaygı, korku, başkalarına muhtaç olma korkusu yaşamadır (Kara, 2007: 132-136, Armay, 2006: 6-12).

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda sıkı bir tedavi süreci ve birçok kısıtlılığın var olması, kendini takip etme, izleme sırasında hastada oluşan stresin derecesini artırmaktadır. Bu süreçte sağlık ekibi tarafından da hasta bütüncül olarak tüm sistemleri değerlendirilmeli ve müdahale edilmelidir (Thomas-Hawkins, Zazworsky, 2005: 40-48).

Kronik hastalıklardan biri olan kronik böbrek yetmezliği hastalığının yönetimi ve idaresi hastanın kendisine aittir. Bu şekilde semptomların en aza indirilmesi, işlevselliğin artırılması, otonomik özerkliğin sağlanması, fiziksel ve psikososyal etkilerinin azalması sağlanabilir. Öz yönetim olarak ifade edilen bu durum "hastaların hastalıklarını tamamen iyileştirmek için göstermiş oldukları pozitif çaba,

karişıklıkların önlenmesi, belirtilerin kontrol altına alınması, medikal kaynakları düzenlemek ve hastalığın yaşam tarzlarının içine sokulmasını minimize etmek” olarak tanımlanmaktadır. Sosyal etki ile ilişkili olan öz yönetimde hasta tek başına düşünülemez. Aile ve hastanın bakımında sorumlu olan kişi ya da eş bu süreçte etkindir. Örneğin kadın hasta bir bireyin eşinin hastalığı önemsemesi iyilik halinin artırımı için olumlu davranışlar sergilemesi için teşvik edebilir (Demirağ, 2009: 58-62, Thomas-Hawkins, Zazworsky, 2005:40-48).

Kronik böbrek yetmezliği hastasında yapılması gereken yaşam tarzı değişiklikleri şu şekilde sıralanabilir; aşırı kilolu olan hastaların kilo vermesi, düzenli egzersiz yapılması, sigara ve alkol kullanımı varsa bırakılması, kafein alımının kısıtlanması, şeker hastalarının şeker ve insülin takibinin yapılması, kan basıncının kontrollü tutulması, tansiyon ilaçlarının düzenlenmesi, stresin azaltılması, sıvı ve tuz kısıtlaması, dengeli ve sağlıklı beslenmenin sağlanması, kolesterol ve yağ oranı düşük diyetle beslenme, yüksek liften gıdalarla beslenme, aşılarının takibi ve düzenli olarak uygulanması, laboratuvar ve görüntüleme testlerinin düzenli olarak hekim kontrolünde yaptırılması ve sonuçlara uygun ilaç düzenlemesinin yapılması, gebelik planlaması ve gebeliğin oluşumu var ise sağlık ekibi ile görüşülmesi, seyahat yapılması planlanıyorsa dikkatli hareket edilmelidir. Oluşan cinsel sorunlar ile ilgili sağlık ekibinin bilgilendirilmesi, bilinçlendirme ve müdahalenin yapılması, herhangi bir tıbbi girişim yapılması söz konusu olduğunda sağlık personeline böbrek hastalığı olduğu mutlaka söylenmelidir (Mercanlıgil, 2018: 215-257, Fitzpatrick, Fletcher, Gore, Jones, Spiegelhater, Gox, 1992: 1074-1077, Gülseven, Oğuz, 2011: 105-117).

Kısaca hastalık sürecinde hastaların yaşadıkları sorunlar ve gereksinimler şunlardır;

- Günlük yaşamın aksayarak yaşam tarzında zorunlu olarak değişimin yaşanmaktadır. Buna göre yaşam stilinde düzenlemeler yapılarak günlük yaşamın azami düzeyde aksamaması, tedavi programının belirlenerek hastanın hastalık ile uyumunun sağlanması gerekmektedir.
- Hastalık tanısı koyulduktan sonra süregelen bir şekilde sağlık kurumları ile sağlık bakımını sağlayacak olan sağlık tesisine ve sağlık ekibine ulaşım, sağlık bakım ekibine olan güvenin sağlanması gerekmektedir.
- Beslenme kısıtlılığı hastaların hastalık sürecinde en büyük kısıtlamalardan biridir. Buna bağlı olarak diyet ve beslenme stiline belirlenmesi, hastanın ve

bakım veren kişilerin bilgilendirilmesi, beslenme düzeninin sağlanması gerekmektedir.

- Hastalık ve hemodiyaliz tedavisi ile beraber fizyolojik birçok etkisi olmaktadır. Bulantı, kusma, halsizlik, yorgunluk, cilt renginde değişimleri, cinsel fonksiyonlarda değişimler, zihinsel problemler, diyaliz tedavisine bağlı olarak gelişen kan şekerinde ve kan basıncında olan değişimler bunların birkaçıdır. Buna yönelik olarak diyaliz tedavisinin olumsuz yan etkilerini en aza indirecek şekilde uygulaması yapılmalıdır. Kan basıncı ve kan şekerinin ani değişimlerinin kontrolü, kan pompasının hızının ayarlanması, iki diyaliz arasında vücutta biriken sıvının kontrolünün sağlanması, doğru kuru ağırlığın belirlenmesi, kanın toksik maddelerden yeterince temizlenerek efektif diyalizin sağlanması bunların birkaçıdır. Bu durum karşısında sağlık bakım ekibi, hastanın genel durum ve biyokimyasal değerlendirmeleri sonucu müdahalelerini yapmalıdır ve tedavi programını düzenlemelidir.
- Hastalık tanısı ile beraber hastada depresyon, kaygı, sosyal dışlanma, belik saygısında azalma, beden imajında oluşan değişiklikler, umutsuzluk, toplum içinde rollerde değişim, huzursuzluk gibi psikososyal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu hastalık süresinde hastanın kendini tanıyarak, hastalığın ve tedavi sürecindeki aşamaların kendisinde oluşturduğu etkileri kendisi tanımlayarak, bu durumla nasıl başa çıkabileceğini, yaşam stilini hastalıkla beraber senkronize ederek, uyum ve kabullenme sürecini hayata geçirerek iyilik halini artırabilir.

2.2.8. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Almış Hastaların Karşılaştıkları Sorunlar

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı almış hastalar hem hastalık sürecinde hem de hemodiyaliz tedavi sürecinde birçok kayıpla karşılaşmaktadır. Bunun sonucunda fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarla karşılaşmaktadır.

2.2.8.1. Fizyolojik Sorunlar

Kronik hemodiyaliz hastaları, böbrek yetmezliğine eşlik eden diğer hastalıklarla ve belirtileri ile karşı karşıya kalmaktadır. Bulantı, kusma, kas krampları, kan basıncı ve

kan şekeri ani değişimleri, fistüllü kolu aktif olarak günlük yaşamında kullanamama, böbreğin işlevini kaybetmesi ile idrar yapamama, cinsel işlev bozukluğu, sıvı solüt dengesizliğine bağlı organik beyin tutulumu, hemodiyaliz işlemi ya da kansızlık nedeniyle halsizlik, yorgunluk yaşanan fizyolojik sorunlardandır (Özçürümez, Tanrıverdi, Zileli, 2003: 72-80, Akdemir, Birol, 2003: 578-603, Arık, Sungur, Ersoy, Süleymanlar, 2003: 1308-1340).

Organik beyin tutulumu: hemodiyaliz hastalarında diyaliz tedavisinin etkisine rağmen merkezi sinir sistemi, toksik ajanlar, metabolik atıklardan etkilenmektedir. Demans, dengeyi sağlayamama, konuşma bozuklukları, titreme, kasılma, ile seyredebilir. Ürenin artışı, kansızlık, ilaç kaynaklı toksik ajanlar, yüksek kan basıncı, sıvı solüt dengesinin bozulması bu tutulumu yol açmaktadır (Özçürümez, Tanrıverdi, Zileli, 2003: 72-80, Çuhadar, Sertbaş, 2004: 27-31).

Cinsel Fonksiyon Bozukluğu: Kronik böbrek yetmezliği hastalarında cinsel işlev bozukluğu sık rastlanan bir sorundur. Hormonal değişiklikler, üre artışının olumsuz etkileri, bedensel görünümde değişiklik, kansızlık sebebiyle halsizlik, cinsel isteksizlik, çinko eksikliği, tansiyon kontrolü için kullanılan ilaçlar, nöropati, ailede rollerde olan değişim sebebiyle empotans, erkek hastalarda testesteron düzeyinde azalma, cinsel aktivitede ilginin azalması, ereksiyon ve ejakülasyon problemleri, reddedilme ve yetememe düşüncesi, kardiyovasküler yetersizlikler, kadın hastalarda hormonal değişiklikler, ilişki sırasında ağrı, orgazm olamama, yetememe düşüncesi, menstürasyon bozuklukları, hamile kalamama yada düşük yapma korkusu cinsel işlev bozukluğuna sebep olabilmektedir. (Enç, 2005: 18-20, Küçük, 2005: 166-170, Çuhadar, Sertbaş, 2004: 27-31, Akpolat, Utaş, 2000: 205-241).

Ağrı: Hemodiyaliz nedeniyle hastada oluşan, günlük yaşamı ve kalitesini etkileyen sık rastlanan problemlerden biridir. Tedaviyle birlikte ağrının devam ettiği süreçlerde hastanın ağrının sonlandırılması tam iyilik halinin sağlanmasında rol oynar. Tedavi ve bakımın etkili bir şekilde sağlanması için ağrının, odak noktasının ve oluşturan sebeplerinin belirlenmesi gerekmektedir (Özyiğit, Yıldırım, Karaman, 2016: 88-94).

Yeti Yitimi: Kronik böbrek yetmezliği, hastaların bütüncül iyilik halini etkileyerek yeti kaybına sebep olur. Fiziksel olarak yeti kaybı hastada ağrı, halsizlik ile öz bakımını yapmasını engeller, günlük yaşantısını etkiler (Küçük, 2005: 166-170, Doğan, Kelleci, 2004: 23-37, Mollaoğlu, 2005: 55-59).

Uyku sorunları: kronik böbrek yetmezliği tanısı almış diyaliz tedavisi gören hastalarda uyku problemleri sık karşılaşılan sorunlardır. Uyku bozuklukları günlük yaşamı etkileyerek, zihinsel ve fiziksel aktivitelerde gerilemeye sebep olmaktadır. Uyku bozukluklarının sebebi yaşanan psikiyatrik sorunlar, psikososyal stres, kullanılan ilaçlar ve diyaliz işleminin yan etkisine bağlı olarak gelişir (Sezer, 2010: 36).

Sonuç olarak vücutta böbreğin tamamen işlevini yitirmesi sonucu oluşan fizyolojik etkiler hastanın tüm vücut dengesini etkilemektedir. Vücutta ki belli bir miktar kanın diyaliz tedavisi boyunca diyalizat sıvısı ile karşılaşarak zaten vücut hemodinamisi değişmektedir. Bir de ilaç yöntemiyle ek olarak verilen hormonlar, vitaminler, mineraller, tabletler, damar yolu işlemleri vücutta diğer organlara yüklenmeyi ve organizmayı bir bütün olarak olumsuz yönde etkilemektedir.

2.2.8.2.Psikososyal Sorunlar

Kronik bir hastalık olan kronik böbrek yetmezliği medikal olarak fizyolojik, patolojik ve organik boyutları olan aynı zamanda psikososyal, psikoseksüel, toplumsal süreçleri de olan ve kişinin hayatını tamamen etkileyen bir durumdur. Bu süreçte hastalığın boyutları, hastalıktan etkilenen organın ve işlev düzeyi, ikincil hastalıkların varlığı, kişiliğine, daha önceki deneyimlerine, baş etme yöntemine, hastanın edindiği bireysel ve toplumsal rollerine, hasta ve çevresinin hastalık algısına göre çeşitli tepkiler verebilir (Doğan, Kelleci, 2004: 23-37).

Depresyon: Hemodiyaliz hastalarında en sık görülen klinik olarak tedavi gerektiren durumlardan biridir. Hayati önemi olan, intihar riski olan ve ölüm oranını etkileyen psikiyatrik hastalıklardan biridir. Hastalarda görülen ruhsal semptomlar; depresif hal, umutsuzluk ve ümitsizlik, benlik saygısında azalma, aile içindeki roller, toplumsal ve bireysel rollerde değişim sebebiyle oluşan çökkün ruh halidir. Fiziksel semptomlar ise; uyku sorunları, iştahsızlık, sindirim bozuklukları, halsizlik ve yeti kayıpları, cinsel sorunlardır (Sezer, 2010: 36-37, Tola, 2010: 180-184).

Tedaviye Uyumsuz Davranış: Hastalık tanısı alındıktan sonra hastanın hastalığı kabullenmeme sürecinde öfke en sık görülen tepkilerden biridir. Bu durumu en çok ailesine, sosyal çevresine ve tedaviyi sağlayan sağlık ekibine yansıtmaktadır. İlaç kullanımını aksatma, iki diyaliz arasında fazla sıvı alımı tedaviye uyum sağlamamadır.

Ailesi tarafından desteklenmesi sağlanmalı, öfkeli ve tepkisel davrandığı durumlarda yatıştırıcı davranılmalı ve anlamaya çalışılmalıdır (Sezer, 2010: 37).

Rehabilitasyon sorunları: Hastalık ile karşılaştıktan sonra diyaliz tedavisine başlayan hastaların yarısından çoğu daha önceki iş ortamlarına dönemezler. Bu noktada hastanın sosyo-ekonomik durumu etkili olmaktadır. Ağır iş yükü olan bir işte çalışan hastanın, masa başı ya da iş yükü fazla olmayan bir işte çalışan hastaya göre iş ortamına dönüşü daha zordur. Kadınlarda ise bu durum değişmektedir. Ev hanımı olanlarda daha çabuk ev işine odaklanma söz konusudur. Bireyin hasta olmadan önceki işinden hoşnut olma durumu işine dönem konusunda etkilidir. Birey zaten işinden memnun değilse, hastalığı gerekçe göstererek işine dönmemektedir (Sezer, 2010: 38).

Anksiyete: Bunalma, endişe, kaygı olarak ta belirtilen anksiyete, ruhsal olarak sıkılma, anormal olarak tedirgin, korkulu olma hali olarak ifade edilmektedir. Kronik hemodiyaliz hastalarında en çok rastlanan sorunlardan biridir. Hastalar “huzursuz hal”, “sıkıntılı endişe hali”, “sebepsiz korku”, “her an bir şey olacaktıymış gibi hissetme” olarak tanımlarlar. Kaygıyı oluşturan ve düzeyini artıran durumlar; haftanın üç günü dört saat bir merkeze ve cihaza bağlı olma, bağımsızlığın sınırlandırılması, beslenme ve sıvı kısıtlamaları, aile içi düzendeki değişimler, fiziksel görünümde değişiklik, yeti kaybı, ekonomik problemler ve sosyal desteğin olmayışıdır. Anksiyete varlığının belirtileri; uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, depresif hal, tremor, sindirim sistemi problemleri, dikkat dağınıklığı, kasılmadır (Küçük, 2005: 168, Sezen, Temiz, Güngör, 2014: 357-398, Çuhadar, Sertbaş, 2004: 27-31, Fadıllıoğlu, Yıldırım Kuzeyli, 2003: 24-27).

Sonuç olarak fizyolojik etkilerin sonucunda ya da hastalığa verilen tepkiler olarak birçok psikososyal sorunlarla karşılaşmaktadır. Günlük hayatın aksaması, yaşam stilineki değişiklikler, eski hayata dönememe, maddi ve manevi kayıplar, sosyal izolasyon birbirini tetikleyerek birbirini içermektedir.

2.2.8.3.Ekonomik Sorunlar

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı alan bir hasta hemodiyaliz tedavisine başladıktan sonra aile içinde ekonomik olarak sıkıntılar yaşanmaktadır. Hastalar diyaliz tedavisi süresince hasta olmadan önceki işlerini yapamamaktadır. Bu durum işini kaybederek maddi gelirin azalmasına yol açmaktadır. Hastalık ve tedavi süresince yapılan

masraflar, özel diyaliz merkezi seçimi, diyaliz merkezine ulaşım masrafları, tıbbi olanakların daha çok sağlanabildiği büyük şehirlere göç edilmektedir. Hasta olan kişi eğer eşlerden kadın olan ise erkek eşinin bakımı sırasında işini aksatarak, erkek olan ise işe gidemeyerek kadının çalışmasına bu da maddi kayıplara sebep olmaktadır. Bu durum hasta bireyin ailesi içinde rol değişimine sebep olmaktadır (Sezer, 2010: 38, Can, 1994: 88).

Sonuç olarak aktif çalışma yaşamına devam ederek ekonomik olarak düzenli bir hayatı olan hasta bireyin hastalıkla beraber iş yaşamında ve mesleğini yerine getirme noktasında aksaklıklar yaşamaktadır. Mesai saatleri içerisinde diyaliz seansında bulunması, sonrasında diyalizin yorucu ve yıpratıcı etkilerinden dolayı işine devam edememesi, işini kaybetmesine ya da mecburi olarak emekli olmasına sebep olmaktadır. Bu durum gelirin azalmasına, maddi olarak giderlerinin karşılanamamasına sebep olmaktadır.

2.2.9. Hemodiyaliz Tedavi Sürecindeki Hastanın Ailesinin Rolü ve Yaşadığı Sorunlar

Aile, kan bağı ya da duygusal bir bağın olması, ortak bir alanı ve duygusal hayatı bir arada sürdüren kişilerin birlikte olması haricinde birçok rolü olan sosyal etkileşimi olan bir kurumdur. Aile, çocuk doğurma, büyütme gibi fizyolojik işlevlerin dışında derin ve doyurucu duyguların yaşandığı, aile bireylerinin birbirine güven duyduğu, destekleyici eylemlerin yapıldığı bir ortamdır (Özabacı, Erkan: 2019: 1).

Günümüzde kronik hastalıkların görülme sıklığı giderek artmaktadır. Kronik hastalığın varlığı ile yaşamını sürdürmeye çalışan hasta birey ve ailesi birçok güçlüklerle ve kısıtlamalara maruz kalmaktadır. Aile bireylerinin herhangi birinin hasta olması bütün aileyi genel olarak etkilemektedir. Hasta olan kişinin hastalıktan etkilenmesi dışında aile bireyleri de ekonomik, psikososyal ve fizyolojik olarak olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Hele ki hastalık süreğen bir tedaviyi ve klinik müdahaleleri gerektiriyorsa endişe en düzeyde olmaktadır (Aydemir, Cebeci, Göka, Kasım, Tüzer, 2002: 29-40, Ünal, 2001: 40-46).

Kronik hastalığın süreğen olması, başka hastalıklara zemin hazırlayabilmesi, kalıcı olarak yetersizlik ve yeti yitimi oluşturması, sürekli tedavi gerektirmesi, bu süreçte hastalığın seyri açısından gözlem, kontrol ve bakım gerektirmesi ailenin ve hasta

bireyin en zor zamanlarıdır. Bu süreçte aile üyeleri birbirine destek olmak amacıyla yakınlaşabilir ya da tam tersi aile içinde dengesizliklere, ilişkilerin bozulmasına, aile içi rollerin değişmesine, öfke, kaygı, stres gibi durumların varlığına sebep olabilir. Buda aile üyelerinde isyan, tükenmişlik, yorgunluk ve bitkinliğe yol açabilir (Ünal, 2001: 40-46, Gölgeci, Tezcan, 2006: 47).

Ailenin kronik hastalıkla karşılaşma sürecinde verilebilecek tepkiler ve gösterilen tutum, davranışlar hastalığın nasıl algılandığına, baş etme yöntemlerine, ailenin özelliklerine, yapısına, kişilerarası ilişkilere, sosyoekonomik duruma, dinsel inançlara göre değişebilir. Hastalığı kabullenip, hastalığın etkilerine uyum sağlayan hastaların aileleri hastalığın ortaya çıkardığı durumları değerlendirip uyum sağlayabilmektedir. Sabırlıdır, ne hissettiği ve nasıl davranması gerektiğini bilir. Hasta aile üyesinin kısıtlılıklarını bilir, güçlü yönlerini ortaya çıkararak, aile içinde ve toplumda o yönde ön planda tutar. Hastalığını kabullenemeyen, baş etme mekanizması oluşturamayan ailelerde çatışma, aile içi ilişkilerde bozulma, aile içi rollerde değişimin verdiği olumsuzluklar, birbirini suçlama, öfke, isyan, sosyal dışlanma, benlik saygısında azalma, psikososyal sorunlar görülebilir (Ünal, 2001: 40-46).

Hastalığın her evresinde yanında olan ve birçok aşamaya şahit olan aileler en çok etkilenen gruptur. Her hastaya göre değişkenlik gösteren sorunlar ise yaşamını sürdürememekten, ailesine muhtaç olmaktan, onları mağdur etmekten korkma, işsiz kalma, mesleğini yapamama, işini bırakmasa dahi statüsünde değişim, toplumsal cinsiyet rollerinde değişim, umutsuzluk gibi sıralanabilir. Bu durum aile içi dengelerin değişimine yol açmaktadır. Hasta ile beraber yaşayan aile üyelerinin dışında hemodiyaliz tedavisi sırasında yanında olan ve sonrasındaki bakım veren aile üyesi sorunlarla en çok uğraşan kişidir. Bu süreçte hastalığa verilen tepkiler değerlendirilmeli, hasta biyopsikososyal yönden güçlendirilmeli, hasta ve ailesi odaklı çalışmalar yapılmalıdır (Asan, 2007: 16-24, Aydemir, Cebeci, Göka, Kasım, Tüzer, 2002: 29-40, Pak, 2017: 194-195, Polat, 2011: 193-198).

2.3. Toplumda Kadın ve Kadın Sağlığı

Kadının toplumsal olarak buluna konumu ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki vardır. Kadın, bireysel ve toplumsal işlevlerini, toplumun ona attığı rolleri ve görevleri yerine getirebilmesi, özel hayatını, mesleki sorumluluklarını yerine getirebilmesi için

sağlıklı olması, bunun içinde faydalanması gereken olanaklara erişebilmesi gerekmektedir. Kadının toplumsal olarak statüsü karşı cinsin statüsü ile kıyaslanarak belirlenmektedir. Yani cinsiyet ilişkileri kapsamında konumu belirlenmektedir. Bireysel ve toplumsal sosyal ilişkileri ise cinsiyet ilişkilerinin belirli olan halinin yeniden üretilmesine, değişimine ve yapılandırılmasında etkili olmaktadır (Özçelik Adak, 2015: 111).

1994 yılında gerçekleşen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda kadının toplumdaki statüsü ve sağlığı ile ilgili alınan kararlar şöyledir:

“Herkesin ulaşılabilir en yüksek düzeyde fiziksel ve zihinsel sağlığı tasarruf hakkı vardır. Devletler kadın-erkek eşitliğini temel alarak aile planlaması ve cinsel sağlığı içeren üreme sağlığı dahil, sağlık hizmetlerine evrensel ulaşılabilirliği sağlamak için gereken bütün önlemleri almalıdır. Üreme sağlığı programları hiçbir baskıya yer vermeden en geniş hizmetleri sunmalıdır. Sahip olacakları çocuk sayısına ve zamanlamasına özgür ve sorumluca karar vermek ve bunu yapabilecek bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmak bütün çiftlerin ve bireylerin temel hakkıdır” (Bilgili, Akın,1998:12).

İşlevsel olarak bir kadının toplumdaki sağlığından bahsedecek olursak ev içi rolleri, günlük yaşamındaki kadına atfedilen görevlerini yerine getirmek için var olan gücü temsil etmektedir. Kadının sağlıklı olduğu ifadesi hem mesleki rol, eş rolü ve annelik rolleri yerine getirip getirememesine hem de maddi koşullarının durumuna göre şekillenmektedir. Ülkemizde sadece üreme fonksiyonların düzenlenmesi değil de bütüncül çerçevede bakılan psikolojik, toplumsal ve fiziksel sağlık yaklaşımları göz önünde bulundurulmuştur (Birleşmiş Milleler Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesine (CEDAW) Sunulan 2. ve 3. Birleştirilmiş Dönemsel Ülke Raporu Sunumu, Savunulması ve Komitenin Değerlendirmeleri, 1997: 42, Akt., Özçelik Adak, 2015: 119-123). Kadının ev içindeki statüsü, hareketi, ev kadınlığı rolleri onun sağlığı ile ilişkilidir. Toplumsal olarak atfedilen görevlerden bulaşık, çamaşır yıkamak, yemek yapmak, temizlik yapmak, evin genel düzeninden sorumlu tutulmak buna örnektir. Bir yandan da iş yaşamını sürdürüyorsa eğer, yoğun ve yıpratıcı olan bu süreç kadının sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Özçelik Adak, 2015: 124).

Kronik hastalık sürecinde olan kadın hastalar hakkında yapılan çalışmalarda kadınların yoksul sosyal statülerini ortaya koymaktadır. Süreğen bir hastalığı olan ve buna bağlı olarak fiziksel ve sosyal yeti kaybına sahip olan kadınların yaşadığı sorunlar doğumla başlamaktadır. Kronik hastalık sebebiyle hayatını kaybetmediyse, hastalığıyla yaşamaya devam ettiği süre zarfında aile içerisinde dışlanabilmekte, diğer bireylere göre ayırım yapılabilmektedir, bakım ve beslenmenin daha az olması görülmektedir ve aile içi etkileşim faaliyetlerinden daha uzak bırakılmaktadır. Eğitim ve iş imkanlarından daha az faydalanmaktadır ve sağlık bakımı, rehabilitasyon hizmetlerine erişimi kısıtlanmaktadır. Aile açısından, kronik hastalığa sahip kadın bireyin aile içinde utanç verici, ailenin toplum içerisinde lekeli olduğunu düşündürdüğü için kadın hasta bireyler fiziksel ve bilişsel olarak yüksek incinme riskine sahiptir (Oxaal, Cook, 1998: 2-16).

Sağlık hizmetlerine ulaşım ve faydalanma durumunun azlığı kırsal ve taşra bölgelerinde daha fazladır. Sebebi ise bilgi eksikliği, mesafenin fazla olması, ulaşım imkanlarının azlığıdır. Ayrıca aile içinde erkek bireyin kronik hastalığa yakalanma durumunda sağlık ve bakım hizmetleri en üst düzeyde sunulmaktadır. Fakat hasta olan birey eğer kadın ya da engelli olan kız çocuğu ise hasta olmasına rağmen aile bireylerinin bakımını, ailenin günlük yaşamındaki yüklerini üstlenmekte olup kendi bakımını ve sağlık hizmetlerine erişimini, rehabilitasyonunu aksatmaktadır. Bazı toplumlarda doğum yapan kadın eğer hastalıklı bir çocuk doğurduysa aile tarafından suçlanmaktadır, aileyi lekelendirdiği düşünülmektedir (Kısa, 2012: 29-30).

Sonuç olarak kadın sağlığı toplumda ifade edilirken üreme fonksiyonları, bedensel sağlığı dışındaki diğer mesleki, sosyal rolleri göz ardı edilmemelidir. Kadının sağlık durumu bütüncül olarak değerlendirilmelidir. Eğer bir toplumda kadın hem eğitime dahil edilmiyor hem iş yaşamında bulunmuyor hem cinsiyetçi yaklaşımlarla geri planda tutuluyor ve sadece üreme fonksiyonları ile değerlendiriliyorsa kadınlarının toplumda sağlıklı kalması mümkün değildir. Toplumun temeli aile, ailenin temel noktası kadın olduğu ve kadının topluma bir birey olarak kazandırılan çocukları doğurup, büyütüp yetiştirdiği göz önünde bulundurulursa kadının sağlıksız olması o toplumunda sağlıksız olduğu düşünülebilir.

2.3.1. Toplumsal Cinsiyet ve Roller

Cinsiyet, kişinin fiziksel, biyolojik ve genetik olarak şemasını oluşturan, kadın ve erkek olarak ayrımını yapan kavramdır. Üretilen hormonların farklılığı, organizmadaki üreme sistemleri, fizyolojik yapıların farklılığı ile her iki cins birbirinden ayrılmaktadır (Akın, Demirel, 2003: 73).

Toplumsal cinsiyet ise biyolojik olarak kadın ve erkek olarak ayrımı değil de eril ve dişil olarak sosyal rol ve görevlerini tanımlar. Başka bir deyişle toplumun kendi kültür yapısı içinde cinsiyete göre belirlenen sorumlulukları, kişiyi nasıl algıladığını, statüsünü ifade etmektedir (Öngen, Aytaç, 2013: 1-18).

Ann Oakley'e göre "Toplumsal cinsiyet bir kültür meselesidir, erkek ve kadınların „eril“ ve „dişil“ olarak sosyal sınıflandırılmasına işaret eder. İnsanların erkek ya da kadın olduğu, çoğunlukla biyolojik göstergelere göre anlaşılabilir. İnsanların eril veya dişil olduğu ise aynı şekilde anlaşılabilir; ölçütler kültürel, yere ve zamana göre değişiklik gösterir. Cinsiyetin değişmezliğini kabul etmek zorunludur, ama böylece toplumsal cinsiyetin değişkenliği de kabul edilmelidir" (Bhasin, 2003: 8-9).

Toplumsal cinsiyet rolleri ve biyolojik olarak cinsiyet birbiri ile bağlantılı hem de birbirinden bağımsız iki kavram olarak ifade edilebilmektedir. Cinsiyetin doğuştan, kendiliğinden doğal yollarla oluşan ve değişmeyen bir durum olarak nitelendirilirken, toplumsal cinsiyet sosyal olgulara, kültür yapısına, aile yapısına göre değişken bir durum olarak nitelendirilir. Bunun yanı sıra oluşan doğal yapı yani biyolojik cinsiyet, toplumun atfettiği rollerden bağımsız düşünülemez olarakta ifade edilmektedir (Bhasin, 2003: 9, Dökmen, 2010: 17).

Her toplum içerisinde bulunan kadın ve erkek bireylere roller, görev ve yetkiler atfetmektedir. Sadece beklenti ve önerilerle değil de birçok görevi ve rolü zorunlu kılar (Tire,2017:98). Toplumsal cinsiyeti belirleyen toplum, oluşturduğu hiyerarşik bir yapı oluşturmaktadır. Bu durum kadının bu yapı içerisinde bağımlı ve edilgen bir statüde olduğunu gösteren güç ilişkilerini göstermektedir (Koray, 2011: 14-50).

Cüceloğlu (2005: 385-389) kadın ya da erkek bireylerin toplumsal yaşantılarını oluşturan sosyal norm adıyla karşımıza çıkan ve toplum tarafından belirlenen birtakım kurallar ve beklentiler vardır. Sosyal normların belirlemesinde toplumsal cinsiyet rolleri etkilidir. Buna göre "saçı uzun aklı kısa, elinin hamuruyla erkek işine karışma"

gibi cümleler kadın ve erkeğin toplum içinde kabul edilen ve sevilen özellikleri, davranışları ortaya koymaktadır. Bundan dolayı kadının var olan kadınlık imgelerinin toplumsal cinsiyet rolleri statüleri ile bağdaştırılarak, bu durum kadınları güçsüz bir birey haline dönüştürür. Dolayısıyla kadınların eksik ve yetersiz, güçsüz oluşunu devamlı hale getirir (Bilgin, 2018: 25-28).

2.3.2. Hemodiyaliz Toplumsal Cinsiyet Rollerine Etkisi

Kronik böbrek yetmezliği ile hemodiyaliz tedavisi alan hastalar en zorlu tedavi sürecine sahip hasta grubudur. Hayatına devam edebilmesi için sürekli bir makinaya bağlı olma zorunluluğu söz konusudur (Lopes, Bragg, Young, Goodkin, Mapes, Combe, Piera, Held, Gillespie, Port, 2002: 199-207). Hastalık sürecinde hastaların maruz kaldığı iki farklı durum söz konusudur. Hasta hem kronik hastanın varlığının olumsuz etkileriyle baş etmesi, yaşamını hastalığına düzenlemesi, beslenmenin düzenlenmesi, ilaç kullanımı, makinaya bağımlılık, gibi bireyi kısıtlayan durumlara uyum sağlaması, kabul etmesi hem de bunları yaparken tedavi süreçleri haricinde sağlıklı bir bireymiş gibi davranması beklenmektedir. Bu noktada hasta bireyde ortaya çıkan davranış şekilleri; sadece hasta rolünün benimsenerek diğer rollerinin aksatılması ve sorumluluklarında uzaklaşma, tedaviye olan bağımlılıktan kaçınıp, tedaviyi kabul etmeme gibi davranışlardır (Sağduyu, Şentürk, Sezer, Emiroğlu, Özel, 2006: 1-10). Hastalığın tolerasyonun sağlanması yaşam tarzının kabullenilmesiyle başlar. Hastalığın tanısının konulması ile birlikte yaşam tarzı değişiklikleri yaşam kalitesini de etkilemektedir (Chan, Brooks, Erlich, Gallagher, Snelling, Chow, Suranyi, 2001: 455-464). Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesi "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" şeklinde ifade edilmektedir (World Health Organization, 2006).

Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastaları gerek tedavinin gerekse hastalığın yan etkileri sebebiyle üreme ve annelik süreçlerini tam anlamıyla gerçekleştirememektedir. Hormonların düzensizliği, organların işleyişindeki bozulmalar doğurganlık düzeyinde azalmaya, gebelik sürecinin normal olarak tamamlanmasına engel teşkil edebilmektedir. Sağlıklı bir kadının doğurganlık düzeyine göre kadın hemodiyaliz hastaların doğurganlık oranı 1/8 olarak

belirlenmiştir. Kısırlık olgusu toplum tarafından erkekler üzerinden değil de kadının yetersizliği olarak baskı oluşturmaktadır. Gebelik veya çocuk sahibi olamayan ebeveynlerde sebebi erkeğin cinsel disfonksiyonuna bağlı olsa da bu başarısızlık kadın ile ilişkilendirilmiştir. Hemodiyaliz tedavisi gören hamile kalamayan ya da gebelik oluşsa bile bu süreci tamamlayamayan kadın hastalarda kendini değersiz ve yetersiz görme, özgüven eksikliği oluşmaktadır (Seyrek, 2001: 368, Çorapçıoğlu Özdemir, 2006: 34-40).

Zengin (2015: 96) yaptığı hemodiyaliz hastaları ile ilgili çalışmada güçlendirme yaklaşımı kapsamında olan hemodiyaliz hastaları üzerinde çözüm odaklı terapiyi psikososyal uyum düzeyine etkisini incelerken kadın hemodiyaliz hastalarının çalışmaya katılamadığını ifade etmiştir. Bunun sebebi ise yapılan araştırmanın görüşmelerinin diyaliz günleri dışında olması, diyalize girdikleri günler dışında da çalışma, ev işleri, temizlik, yemek yapma, çocuk bakımı gibi durumlarla meşgul olduklarını ifade etmesi olmuştur. Buradan da anlaşılacağı gibi kadın hasta birey kendisi için hastalık sürecini olumlu olarak idame ettirmesini sağlayacak sosyal hizmet müdahalesini edindiği görevler, toplumun ona verdiği roller ve sorumluluklar sebebiyle geri çevirmiştir.

Yapılan çalışmalarda kadınların iş ve mesleki rolleri yerine getirebilme noktasında kadınlar, iş hayatında erkeklere oranla daha az bulunduğu için bu rollere sahip olmayan kadınların çoğunluğu gözlenmiştir. Buna istinaden var olan rolleri de hemodiyaliz tedavisi ile beraber yürütemediği belirlenmiştir. Eş olma rolünde ise kadınlar erkeklere nazaran bu rollerini düşük oranda yerine getirebilmektedir. Cinsel işlevlerin bu noktada kadın hastalarda daha çok etkilendiği belirlenmiştir. Diyaliz tedavisi sonrası oluşan ruh hali, yorgunluk, halsizlik, kullanılan ilaçların yan etkisi, hastalığın yan etkilerinden biri olan hormonal düzensizlik bütün bunların sebebi olarak nitelendirilmektedir. Hastaların bu süreçte herhangi bir toplumsal kuruluşa üyelik oranları düşük seyretmektedir. Bu oranın düşük olarak seyretmesinin nedeni özellikle kendi ile ilgili, hastalığına yönelik dernek vakıf gibi kurumlardan haberdar olmaması, yetersiz sayıda ve faaliyette olması, üyelik olsa dahi hemodiyaliz tedavisinin haftanın üç gününde gerçekleşiyor olması tedavinin olumsuz yan etkileri aktif olarak üyeliği sürdürememe, faaliyetlere katılım sağlayamama gibi toplumsal rollerin aksamasına neden olmaktadır. Bu durum kadın hasta bireyin var olan problemlerini üst kuruluşlara, yetkili mercilere aktaramamasına, toplumda kendini ifade etme, yer

edinme gibi sosyal olanaklardan geri planda kalmasına, potansiyel güçlü yönlerini keşfetme yeteneğinin, güçlerinin hastalığın gölgesinde kalmasına sebep olabilmektedir. Akrabalık rollerinde, arkadaş, dost, komşuluk ilişkilerinde hasta olmadan önce bir aksaklık yaşamayan geleneksel toplum yapısında yaşayan kadın birey hasta olduktan sonra toplumda kadın hasta rolü ön planda olmaktadır. Hastalığı ile akraba ziyaretlerinde aksamalar, toplu aile organizasyonunda bulunamamak, ev davetlerinde geri planda kalmak akrabalık ilişkilerinde uzaklaşmaya, toplumsal ilişkilerinde bozulmaya, yalnızlığa sebep olmaktadır (Eryiğit Günler, 2011: 161-233). Geleneksel toplumlarda bir birey olarak toplumda yeri olmasını benlik saygısı etkilemektedir. Toplumlar da erkeklere sunulan fırsatlar kadınlara sunulan fırsatlardan daha fazla olduğu için bu noktada benlik saygısı kadınlarda erkeklere oranla daha azdır. Bu durum toplumsal cinsiyet rollerini olumsuz yönde etkilemektedir (Ekin, 2019: 53).

2.5.Güçlendirme Yaklaşımı Temelli Sosyal Hizmet Müdahalesi ve Kadın Hemodiyaliz Hastaları

Sosyal hizmet ve bireye topluma yardım eden diğer meslek grupları patolojiyi belirleyip, müracaatçıların işlevsizliği ile ilgilenmiştir. Birincil kuramlardan biri olan medikal model tıbbi olarak bir tanımlama ve analiz yapmakta idi. Daha sonra sosyal hizmet mesleği odak noktası olan insanın hem güçleri ve hem de zayıflıklarının tanımlandığı sistem kuramına yönelmiştir. Güçler perspektifi ile sosyal hizmet müdahalesinde bireyin gücü keşfedilerek müdahaleye dahil edilmelidir. Bireyin gücünün ve kaynaklarının müdahale ve yardımın esas noktasıdır. Oluşan patolojiye ve zayıflıklara öncelik verilip bu noktalara odaklanılırsa müracaatçının var olan gücü ve olası gelişme potansiyeli göz ardı edilebilmektedir. Müracaatçıların kendilerinin potansiyellerinin farkına varma ve geliştirme hakları sosyal hizmet uzmanları tarafından benimsenmiş olup, bu değeri kullanarak müdahalesini uygulamaktadır (Zastrow, 2010: 20-21).

Sosyal hizmet bilimi uygulamalarında güçler perspektifini ilk olarak Barbara Solomon telaffuz etmiştir. Sosyal hizmetle bağlantısı yapılan çalışmalarla ilerlemiştir. İşlevciliği esas alan güçler perspektifi, müracaat eden bireyin kendi hayatının bilirkişisi, uzmanı olarak değerlendirilir, kendi potansiyel güçlerinin farkına vararak,

odaklanır, değişmeyi, gelişmeyi, tanı koymak yerine keşfetmeyi ilke edinmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde toplum ruh sağlığı merkezlerinde uygulanmanın başladığı yerdir (Brun, Rapp, 2001: 278-288, Tuncay, 2009: 17).

Güçlendirme yaklaşımı ile kişilerin kendine ait güçlerinin ve sosyal güçlerini kullanması sağlanır. Müracaatçıyı ön planda tutarak, kişileri sıralamadan, çevreyi de göz önünde bulundurarak, bireyi suçlamadan, eşit güç ilişkileri oluşturan bir sosyal yapıyı oluşturur (Weick, Rapp, Sullivan, Kisthardt, 1989: 350-354).

Güçlendirme yaklaşımı ile kendi hayatı ile ilgili karar alma, bu kararları uygulama, sorunu çözme tekniklerinin geliştirme, kişisel özgüven, var olan kapasitelerini keşfetme ve güçlendirme, sorunu üzerinde oluşan bireysel algılarında farklılık oluşturma, belirlenen amaçlara göre teknikler geliştirme hedeflenmektedir (Saleebey, 1997: 3-20).

Güçlendirme yaklaşımı kapsamında yer alan müdahaleler özellikle uzun süren kronik hastalıklara sahip bireylerde önerilmektedir. Özellikle güçlendirme yaklaşımı hasta bireyler ve tıbbi, psikiyatrik ve sosyal hizmetler müdahalelere gereksinim duyan kişilerde kullanılmaktadır (Solution Focused Treatment Manual For Working With Individuals, 2013).

Hastaların geçirdiği hastalığa uyum sürecinde birçok aşamadan geçmektedir. Kriz aşamasında kişisel işlevlerin kaybı, var olan kapasitelerin azalması ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bir sonraki aşamada psikolojik sorunlar ile karşılaşmışlardır. Depresyon, öfke, kızgınlık, kaygı oluşmuştur. Tedavinin de oluşturduğu olumsuz durumlar giderek artırmaktadır. Bir sonraki aşamaya hasta bireyde oluşan değişimler gözle görülmektedir. Hastalıkla yaşamayı öğrenme, bunu yaşam tarzına ve beslenme alışkanlıklarına yansıtabilme, günlük yaşantısını düzenleyebilme ve yaşam kalitesini artırmaya yöneldiği anlaşılmaktadır. Bireyin ben imajı tekrar anlamlandırılmaktadır. Bu durum hastalığa olan uyumun sağlandığı, hayatını artık yönettiği anlamına gelmektedir. Güçlenme ve kendini güçlerinin farkına varmak, tekrar eden umutlar, iyi olma inancı, hastalıkla beraber yaşama çabaları, tinsel düşünceleri ve uygulamaları bu sürecin gerçekleşmesini sağlamıştır (Tuncay,2009:93-94). Bu süreçte hastalık dönemlerinde uygulanan güçlendirme müdahaleleri “bireylerin veya grupların seçim yapma ve bu seçimleri istenen eylem ve sonuçlara dönüştürme kapasitesini artırma” olarak belirtilmektedir. Ayrıca “sağlık için bir ön şart ve kronik hastalardaki sağlık

sonuçlarını ve yaşam kalitesinin iyileştirmek için proaktif ortaklık ve hastanın özbakım stratejisi” şeklinde ortaya konulmuştur (Amerikan Sosyal Hizmet Uzmanları Birliği, 2004, Akt., Pak, 2017: 8).

Kronik hastalıkların varlığı ile beraberinde gelişen biyopsikososyal sorunlar hastalığın gidişatını, hastaların hastalığa bakış açısını ve uyumunu doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir. Zor bir psikolojik sürece sahip olan kronik böbrek yetmezliği tanısı ile hemodiyaliz tedavisi gören hastalar bu tedaviye uyum sürecinde var olan güçlerini keşfetme, kullanma durumlarında göre yaşam kalitesi, hastalığa uyum süreci etkilenmektedir. Yani hastaların psikososyal güçleri diyaliz tedavisinin etkinliği ile doğrudan ilgilidir (DeOreo, 1997: 204-212, Auslander, Dobrof, Epstein, 2001: 19-37, Akt., Zengin, 2015: 22-23).

Güçler perspektifinde odak nokta olan güç ile diğer insanlara yönelik otorite kurmak değil de içsel gücü artırarak kendi ayaklarının üzerinde durması amaçlanmaktadır. Gücün sağladığı etki ile kişi gerçekleştirecek olan değişimin onu iyileştirecek yönü tercih etmesine, var olan tüm kaynakların kontrolünü sağlama ve yönetme yetisine sahip olmayı kılar. Güçler yaklaşımın kadına yöneltilmesi sırasında, kadın üzerindeki baskılar farkına varılmalıdır ve değerlendirme yapılmalıdır. Güçlendirme esnasında güvenli bir ortam sağlanarak, çevrenin bu duruma engelleyici bir tavır takınmasını ve doğru hamleler ile kadının desteklenmesi sağlanmalıdır. Kadın müdahale esnasında daha önceki hayat tecrübelerine ait kaynak ve fırsatları ortaya çıkararak donanımını zenginleştirmelidir. Bağımsızlık ve kendi kararlarını uygulama odak noktası olarak alınan bu yaklaşımda değişim sadece kendisi değil çevresi içinde olmalıdır. Toplumsal yaşam alanı içinde kadının gücünü aşağılama, var olan gücünü yok etme ve dışlama gibi durumların engellenerek çalışmanın yürütülmesi sağlanmalıdır (Moser, 2001: 22-24. Akt, Çamur Duyan, 2006: 51-55).

2.6.Nefrolojik Sosyal Hizmet ve Uygulaması

Sağlık alanında uygulanan sosyal hizmetin bir alanı olan tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmetin unsurları olan bilgi, beceri, değer üçlüsünün sağlık bakım hizmetleri gören bireylere uygulandığı alandır (Tomanbay, 1999: 262-263).

Tıbbi sosyal hizmet; kişi, grup, aile ve toplumun sağlık hizmetlerinden etkili bir biçimde yararlanmaları için sosyal hizmet uzmanlarınca yürütülecek

psikososyal ve eğitsel boyutlarda, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin sosyal hizmet disiplinin ve mesleğinin yöntem ve felsefesiyle birleştirilerek tıp ve koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde verilen hizmetler bütünüdür (Duyan, Sayar, Özbulut, 2008:183).

Kronik böbrek yetmezliği tanısı alıp hemodiyaliz tedavisi gören hastaların, hastalık sebebiyle tıbbi, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak birçok sorun yaşamaktadır. Sorunların çözülmesi, sağlık bakımının tam anlamıyla gerçekleştirilebilmesi için farklı disiplinlerde mesleklerin bir araya gelerek ekip halinde müdahale edilmesi gerekmektedir. Bu ekibin en önemli parçası olan mesleklerden biri sosyal hizmet mesleğidir. Hemodiyaliz merkezlerinde tedavi gören hastalar için uygulanan sosyal hizmet uygulamaları, tıbbi sosyal hizmet kapsamı içinde olan nefrolojik sosyal hizmet müdahalesi olarak uygulanmaktadır (Mutlu, 2007: 2-3).

Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (National Association of Social Workers (NASW)) ve Amerikan Ulusal Böbrek Vakfı (National Kidney Foundation (NKF)) kapsamında Nefrolojik Sosyal Hizmet Uzmanları Kurulu (Coincil of Nephrology Social Workers (CNSW)) ' nin 2014 yılında çıkarılan nefrolojik sosyal hizmet standartları kılavuzuna göre, nefrolojik sosyal hizmet multiple ihtiyaçların belirlenmesi, kaynakların edinilmesi, ekip planı, savunuculuk, havale, eğitim ve izlem basamaklarını kapsamaktadır. Hasta birey, bu bireye bakım veren kişiler ve aile nefrolojik sosyal hizmet müdahalesine gereksinim duydukları zaman mutlaka ulaşabilmelidir. Nefrolojik sosyal hizmet müdahalesinin etkin olduğu konular, kronik böbrek yetmezliği hastalığına uyum, yaşam kalitesine ilişkin bakım ve tedavi, fiziksel, sosyal, duygusal ve cinsel ilişkilerde yaşanan sorunlar, günlük yaşamın idame ettirilmesi, mesleki yaşamın aktivitesi, yaşanan çatışmaların çözümü, tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi, klinikler arası transferlerin sağlanması, finansal sorunların düzenlenmesi, ulaşım ve diğer kaynak ihtiyaçların düzenlenmesidir. Nefrolojik sosyal hizmet uygulamaları ile kronik böbrek yetmezliği tanısı aldıktan sonra hastalığın bütün etkilerini yaşayan, kendisinin ve çevresinin psikososyal işlevselliklerini, hastalığın getirdiği durumlara uyumlarını sağlayarak güçlendirir. Hastalığın getirdiği fizyolojik, psikolojik, sosyal komplikasyonları düzeltmeye, krizleri azaltmaya ve baş etmeye odaklanır. Yaşanan krizler ve oluşan stresleri sıralayacak olursak; ölüm korkusu, sosyal yaşamdan izole olma, psikolojik sorunlar, iş yaşamında değişiklikler ve buna bağlı olarak yaşanan maddi güçlükler, cinsel işlev

bozuklukları, toplum içi rollerde değişim, günlük yaşamda değişiklikler kısıtlayıcı, süreğen, zorlu bir tedavi sürecini oluşturur. Tedavi ekibinin bir parçası olan nefrolojik sosyal hizmet uzmanı hasta bireyin ve ailesinin hastalık algısına odaklanarak, her bir vakayı özelliklerine göre değerlendirerek, hastaların otonomisine, bireyselliğine ve önem verir. Bu noktada nefrolojik sosyal hizmet uzmanının görev ve rolleri; Hastayı diyaliz öncesi değerlendirme ve eğitim, biyopsikososyal açıdan değerlendirme, danışmanlık verme yönlendirme, hasta savunuculuğu, eğitim ve bilgilendirme amaçlı sunumlar yapma, yaşanan krizleri tespit etme, bu krizlerle baş etmesini sağlama, belirlenen, gereksinim duyulan ihtiyaçlara yönelik danışmanlığı sağlama, taburculuğu sağlama, grupla çalışma yapma (aile, bakım veren bireyler, aynı hastalığı deneyimleyen bireylerle), hasta birey ve ailesine duygusal destek ve cesaretlendirme, hastanın kendi kaderini kendi tayin etmesini, hastalığın kendisinde oluşturduğu etkileri tanımlayarak en üst düzeyde uyum göstermesini sağlamak, sosyal izolasyonu engelleyerek her alanda kaynaklara erişimi sağlama, sağlık ekibi ile işbirliği içinde olmaktır (Council of Nephrology Social Workers, 2014: 8-53).

Türkiye’de nefrolojik sosyal hizmet ile ilgili yasal düzenlemeler yapılmıştır. İlk olarak 23.06.1995 tarihinde çıkarılan Sağlık Bakanlığı Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği’nde diyaliz ünitelerinde “hemodiyaliz cihaz sayısı 10’dan fazla olan her merkezde bir sosyal hizmet uzmanının bulunması gerekir” ibaresi vardı. 08.05.2005 tarihinde çıkarılan yönetmelikte ise “hasta sayısı 100’ün üstündeki diyaliz merkezlerinde; ya da hasta sayısı 100’ün altında olup sorumlu hekimin gerek görmesi veya hasta talebinin olması halinde, ihtiyaç duyulduğunda merkezde bulunmak üzere kısmi zamanlı görev yapacak danışman bir sosyal hizmet uzmanı bulunması sağlanır” ibaresi yer almaktaydı. Yönetmelikte bulunan bu madde ile yasal zorunluluk ortadan kalktığı için nefrolojik sosyal hizmet uzmanları diyaliz ünitelerinde ekip içinde yer almamaya başlamıştır. 18.08.2007 tarihinde çıkarılan yönetmelik ile sorumlu hekimin talebine bağlı olarak ekip içerisine katılması belirlenen nefrolojik sosyal hizmet uzmanına 18.06.2010 tarihinde çıkarılan yönetmelikte istihdamına dair herhangi bir yer verilmemiştir. 14.02.2012 tarihinde çıkarılan ve halen yürürlükte olan çıkarılan Sağlık Bakanlığı Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği’nde “diyaliz merkezleri, ihtiyaç duymaları halinde psikiyatri uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı unvanına haiz personeli, mesleklerine uygun görevlerde istihdam edebilir veya bunlardan hizmet satın alabilir.” İbaresini yer almaktadır. Bu madde ile beraber nefrolojik sosyal hizmet uzmanının

diyaliz merkezi sağlık bakım ekibi içerisinde yer alması diyaliz merkezlerinin yöneticilerinin insiyatifine bırakılmıştır (Zengin, 2015: 30-31).

Kısaca nefroloji klinikleri ya da hemodiyaliz merkezlerinde sadece tıbbi tedavi kapsamında hizmet vermemektedir. Hastaların biyopsikososyal iyilik hallerinin oluşturulmasında rol almaktadırlar. Tıbbi sosyal hizmet alanı içinde yer alan nefrolojik sosyal hizmet hemodiyaliz hastalarının multiple ihtiyaçların belirlenerek müdahaleleri kapsamaktadır. Bunlar tedavi sürecindeki aksaklıkları belirleme, düzenleme, hasta bireye bu süreçte en yakın aile bireyleri ile iş birliği yapma, diyaliz merkezindeki tıbbi bakım personeli ve diğer kişilerle çatışmaları çözümlenme, diğer psikososyal tüm karmaşaları çözme, hastaları hastalık süreçlerine dahil etmedir. Tüm bu çabaların tek ortak noktası tedavinin etkinliğini iyi şekilde sağlamaya çalışmaktır.

2.7. Konuyla İlgili alışmalardan Bazıları

Tanyi, Werner (2008:1) ‘ın yaptığı hemodiyalizde son dönem böbrek yetmezliği olan kadınlarda bir uyum yörüngesine doğru adlı çalışmasında kadın hastaların yaşam deneyimlerini incelemiştir. Fenomenolojik olarak yapılan araştırmada ortaya çıkan bulgular üç ana temayı ortaya koymaktadır. Başlatma (uyumun ilk aşaması), takdir (hemodiyaliz işlemine kabullenmenin orta aşaması), hemodiyaliz tedavisinin olumsuz etkileri ile baş etme aşaması (son aşama) dır. Uyum sağlama sürecindeki hastaların deneyimleri doğrusal değil, i içe geçmiş, dairesel ve sürekli olduğu ortaya çıkmıştır.

Dobrof, Dolinko, Lichtiger, Ubarri, Epstein (2001: 105) ‘nin diyaliz hastası özellikleri ve sonuçları: son dönem böbrek yetmezliği popülasyonu ile sosyal hizmet uygulamasının karmaşıklığı adlı çalışmasında, diyaliz hastalarının psikolojik ve sosyal sorunlarını oluşturan risk ve esneklik faktörlerini ve sosyal hizmet müdahalesi ile tıbbi sonuçlar araştırılmıştır. Bu alışma ile sosyal hizmet müdahalesi ile uygulamaların ve hasta sonuçlarının düzensizliğinin değişiminde önemli olduğu görülmüştür.

Tijerina (2009: 42)’nın Meksikalı Amerikalı kadınlara hemodiyaliz tedavisine bağlılığı: sosyal bir yapılandırmacı bakış açısı adlı çalışmasında kronik böbrek yetmezliği altı kat daha riskli olan Meksikalı Amerikalıların hemodiyaliz tedavi sürecinde eşlik eden hastalıkların varlığını, tedavi sürecini ve etkilerini nasıl yaşadıklarını belirtmiştir. Kadın hastaların hastalık algıları ve biyopsikososyal yönlerini incelemiştir. Yoksulluk, uzun süreli hastalığı deneyimleme, g hikayesinin

varlığı hastalığa olan uyumu ve kabullenmeyi etkilediği gözlenmiştir. Ailenin geriplanda kalması, rollerin ve kimlik anlayışının değişimi, ölüm korkusu tema olarak ortaya çıkmıştır.

Ülkemizde hemodiyaliz hastaları ile ilgili yapılan tez çalışmaları incelendiğinde 96 doktora, 351 yüksek lisans, tıpta uzmanlık 804 tez olduğu görülmüştür. Sosyal hizmet alanında yapılan tezlerin taranması sonucu yapılan 6 tane tez olduğu görülmektedir. Özellikle kadın hemodiyaliz hastaları ile ilgili herhangi bir tez çalışmasına rastlanmamıştır. Makale incelemelerinde ise nefrolojik sosyal hizmet ve tıbbi sosyal hizmet alanında çalışmalara yer verildiği görülmüştür. Fakat sosyal hizmet alanında özellikle kadın hemodiyaliz hastalarının tek başına yer verildiği bir makaleye rastlanılamamıştır.

Hemodiyaliz hastalarının yaşam doyumu ve benlik saygısının tıbbi sosyal hizmet perspektifinden incelendiği tez çalışmasında 152 hemodiyaliz hastası ile görüşme yapılarak veriler ortaya koyulmuştur. 93 erkek ve 59 kadın hasta birey ile yapılan çalışmada hastalığın zorlu süreçlerinde tıbbi sosyal hizmet müdahalelerinin gerekli ve etkili olduğu belirlenmiştir. Yaşam doyumu ile benlik saygısı arasında olumlu yönde orta kuvvette ilişki olduğu, yaşam doyumu artan hasta bireyin benlik saygısında da orta düzeyde bir artış olduğu ortaya koyulmuştur. Erkek hastaların benlik saygısının kadın hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Ekin, 2019: 53-58).

Diyaliz hastalarının aile işlevselliğinin incelendiği tez çalışmasında 200 diyaliz hasta ile görüşme sağlanmıştır. Bu çalışma aile değerlendirme ölçeği kullanılarak veriler ortaya koyulmuştur. Bu çalışmada 106 erkek hasta, 94 kadın hasta ile çalışılmıştır. Hastalık sürecinde aile işlevselliğinin alt boyutları incelenmiş olup ile içindeki rollerdeki puan durumu yüksek çıkmış olup, aile içi rollerde sorun olduğu ortaya koyulmuştur. Hastalık sürecinde olan bireylerin aile işlevselliğinin ölçüldüğü bu çalışmada medeni hal ve ekonomik durum, çocuk sayısı, bireylerin çalışıyor olma durumu, eğitim düzeyleri, ailede başka kronik hastalığa sahip bireylerin varlığı gibi değişkenler ailenin işlevselliğini etkilemektedir (Yavuz, 2018: 36-40).

Hemodiyaliz hastalarının sosyotropik-otonomik özellikleri ile bağlanma stilleri ilişkilerinin incelenmesi ile ilgili yapılan araştırmada 115 kadın, 87 erkek olmak üzere 202 hasta birey ile görüşülmüştür. Sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ve bağlanma stillerinin alt gruplarına göre tedavi süresi, yaş, medeni hal, eğitim düzeyi,

sosyal hayata etkisi gibi değişkenlerin etkili olduğu ortaya koyulmuştur. Cinsiyet değişkeni ile her alt grup ile t-testi analizi yapılmıştır. Saplantılı bağlanma, ayrılık kaygısı, kaçınan bağlanma dışında kişilik özellikleri ile orta kuvvette olumlu bir sonuç ortaya koyulmuştur (Aydın, 2014: 79-120).

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarının sosyo-demografik özellikleri, sosyal destek kaynakları ve hastalık sürecinin benlik saygısına etkisinin incelendiği tez çalışmasında 39 kadın 78 erkek hasta olmak üzere 117 hasta ile görüşme yapılmıştır. Kadın hastalarda 15,72 puan ile erkek hastalara oranla benlik saygısının düşük olduğu gözlenmiştir. Eğitim düzeyi, gelir durumu, kiracı ya da ev sahibi olup olmama durumu, sosyal güvencenin varlığı benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Özellikle empatik ve maddi sosyal destek kaynağına sahip olan hasta bireylerin benlik saygı düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmiştir (Mutlu, 2007: 41-87).

Hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesini inceleyen tez çalışmasında 49 kadın, 52 erkek hasta olmak üzere 101 hemodiyaliz hastası ile görüşme sağlanmıştır. Gelir düzeyi, tedavi süresi ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir sonuç ortaya koyulmuştur. Bir diğer sonuç ise cinsiyet, tedavi süresi ile psikolojik dayanıklılık arasında pozitif yönde anlamlı bir sonuç ortaya koyulmuştur (Soylu, 2018: 27-58).

Güçlendirme yaklaşımlarından biri olan çözüm odaklı kısa terapi yaklaşımına dayalı sosyal hizmet müdahalesinin son dönem böbrek yetmezliği tanısı ile hemodiyalize giren hastaların psikososyal uyum düzeylerine olan etkisinin incelendiği bir doktora tezinde müdahale ve kontrol grubu oluşturularak 12 diyaliz hastası ile görüşülmüştür. Kontrol grubundaki hastalara göre müdahale grubundaki hastalara nazaran sosyal çevre, iş yaşamındaki çevre, hastalığa ve sağlık bakıma uyum sağlama, genel psikososyal durumun pozitif yönde anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Zengin, 2015: 70-92).

Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisinde yayımlanan, Zengin (2015:221-226) tarafından yazılan makalede nefrolojik sosyal hizmet uygulamasından bahsedilmiştir. Bu çalışmada nefroloji alanında çalışan ekip içerisinde sosyal hizmet uzmanının görevleri ve işlevleri, nefrolojik sosyal hizmet müdahalelerinin ve

uygulamalarının gerekliliğinden, hastalar üzerinde tıbbi bakım haricinde psikosoyal uyumları için neden önemli bir alan olduğundan bahsedilmiştir.

Tıbbi ve nefrolojik sosyal hizmet müdahalesi kapsamında hemodiyaliz hastaları ile etkileşim grup çalışması yapılmıştır. Hemodiyaliz hastalarının tedavinin zorlukları sebebiyle hasta ve yakınlarının yaşadığı sorunları, hastaların göz ardı ettiği, onları sosyal, psikolojik ve fiziksel yönden etkileyen her türlü sorunları ortaya çıkarmayı hedefleyen bu çalışmada genelci sosyal hizmet hizmet müdahaleleri esas alınmıştır. Tedavi ekibinde yer alan sağlık ekibinin yanında nefrolojik sosyal hizmet uzmanının rol ve işlevlerinde bahsedilmiştir (Yıldırım, 2017: 64-72).

Hemodiyaliz hastalarını psikososyal sorunlarına ilişkin algılarına yönelik yapılan çalışmada hastaların kendi sorunlarını nasıl algıladıklarını koymak amaçlı 12 diyaliz hasta ile nitel araştırma yöntemiyle derinlemesine görüşme yapılmıştır. Bu çalışmaya göre terk edilme, geçmişe özlem duyma, sosyal destek ve cinsel birlikteliğe zorlanma temaları ortaya çıkmıştır. Cinsiyet değişkenine göre hastaların psikososyal algılarında farklılıklar görülmüştür. Bu durum toplumsal cinsiyet algısı ile sorunların şekil aldığını gösterdiği sonucuna varılmıştır (Zengin, Yıldırım, 2017: 67-73).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma modeli olarak nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nicel araştırma, olgu ve olayları nesnelleştirerek gözlemlenebilir, ölçülebilir ve sayısal olarak ifade edilebilir bir şekilde ortaya koyan bir araştırma türüdür. Nicel araştırma yönteminde araştırılan konuya ilişkin, evreni temsil edecek örneklemden sayısal sonuçlar elde edilmektedir. Bu sayısal verilerin istatistiksel olarak çözümlenmelerin yapılarak sosyal olguların incelenerek bu olgular arasında neden sonuç ilişkisi kurmayı hedefler (Kuş,2012:5-59). Karşılaştırma amacıyla herhangi bir kontrol grubu kullanılmamıştır. Araştırma modeli tarama modelidir; tarama modelindeki amaç daha önce olan ve devam etmekte olan bir durumun olan haliyle betimlemektir. İlişkisel tarama modelindeki amaç ise iki veya daha fazla değişken arasındaki beraber değişimin oluşumunu ya da düzeyini belirlemektir. Araştırmada incelenecek olan durum, vaka ya da kişi var olduğu gibi, kendi şartlarında tanımlanır ve ortaya konulur (Karasar, 2012:79-81).

3.2. Çalışma Grubu

Araştırmanın evreni İstanbul'da hastanelerde kronik böbrek yetmezliği tanısı ile hemodiyaliz tedavisi gören akli dengesi yerinde olan, görüşme sorularına cevap verebilecek, iletişim kurabilen, oryante olan 18 yaş ve üstü tüm kadın hastalardır.

Çalışma grubu İstanbul'da kurum içinde araştırma yapılmasına izin veren Türk Böbrek Vakfı Hizmet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde hemodiyaliz tedavisi gören 18 yaş üstü tüm kadın hastalardır. Araştırmanın veri toplama sürecinde hemodiyaliz tedavisi gören kadın hasta sayısı 124'tür. Tüm hastalara ulaşılarak görüşme talebinde bulunmuş olup, onam ve rıza gösteren 70 kadın hasta birey ile görüşme tamamlanmıştır.

3.3. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın verileri Bahçelievler Hizmet Hastanesi Türk Böbrek Vakfı Diyaliz Ünitesi'nde 2019 yılı 01.06.2019- 31.08.2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama süreci için en uygun zaman açısından diyaliz ünitesi koordinatörü ve diyaliz ünitesi çalışanları ile iletişim kurulmuştur ve iş birliği yapılmıştır. Pazartesi, çarşamba, cuma günleri üç seans, salı, perşembe, cumartesi günleri iki seans hemodiyaliz tedavisi uygulandığından görüşme saatleri seans saatlerine göre belirlenmiştir. Hastalar hemodiyaliz tedavisine başladıktan sonra yüz yüze görüşme ile veri toplama süreci tamamlanmıştır. Görüşmeler birebir araştırmacı tarafından yapılmıştır. Veri toplama sürecinde hastalar için en uygun olan zaman tercih edilmiştir. En uygun zaman belirlemesi hastaların tedavi sırasındaki iyilik hallerinin en üst düzeyde olduğu, tedavinin olumsuz etkilerinin yaşanmadığı zaman dilimi seçilmiştir. Özellikle diyalize başlamadan önceki zamanlar, yemek yediği zamanlar, diyaliz seansının sonlandırılmasına yakın zamanlar, diyalizden çıktıkları zamanlar dışındaki sürelerde görüşme sağlanmıştır. Bir görüşme yaklaşık 60 dakika sürmüştür. Görüşme esnasında kadın hasta bireylerin görüşleri, duygu, düşünceleri, kaygıları, sormak anlatmak istedikleri durumlar, ilgi ve merakları ile ilgili açıklamalar yapılmıştır. Hastaların görüşme esnasında kendilerinin kötü hissetleri, genel durumunun bozulması, bulantı, kusma, ani tansiyon ve şeker değişimleri, halsizlik, konuşma zorluğu yaşamaları durumunda görüşmeye ara verilmiş olup, daha sonra tekrar görüşme sağlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın veri toplama aracı olarak hemodiyaliz hasta kadınların hastalığa bağlı psikososyal kaynaklı bireysel, toplumsal, sosyal ve aile içinde yaşadığı sorunları, hastalığın getirdiği iş yaşamına dahil olamama, buna bağlı ekonomik kaynaklı sorunları, hastalığın hastalık sürecinin değerlendirmeleri buna bağlı hastalıkla karşılaşma, inkar etme ve kabullenme süreçlerini, diyaliz sürecine bağlı beslenme, sosyal yaşam ve diğer kısıtlılıkları, hastalığa bağlı toplumsal cinsiyet temelli annelik, eş olma, akraba ve aile ilişkileri gibi rolleri anlamaya yönelik araştırmacı tarafından oluşturulan kadın hasta bireylerin sosyodemografik bilgilerinin, hastalık bilgilerinin ve hastalık süreci bilgilerinin edinildiği “Kadın Hemodiyaliz Görüşme Formu” ve Mc Adams ve Arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilen, Türkiye’de Mahmure

Adaylar tarafından 1995 yılında geçerlilik ve güvenilirliği gerçekleştirilen “Hastalığı Değerlendirme Ölçeği (Meaning of İllness Questionare ‘MIQ’)” kullanılmıştır. Veri toplama araçlarının tanıtımı aşağıda yer almaktadır.

3.4.1. Kadın Hemodiyaliz Hasta Görüşme Formu

Kadın Hemodiyaliz Görüşme Formunda, haftada üç gün hemodiyaliz tedavisi gören hastaların tanıtıcı bilgilerinin yer aldığı 16 soruluk ilk bölüm, kronik hastalığa dair bilgilerin yer aldığı 6 soruluk ikinci bölüm, hastalık sürecine dair bilgilerin yer aldığı 14 soruluk üçüncü bölüm yer almaktadır. Bu soru formu ile hastaların sosyodemografik bilgilerinin edinilerek, hastalığa ve hastalık sürecine dair neler hissettikleri ortaya konulmak istenmiştir. Görüşme öncesinde hastalara onam formu sunularak çalışma hakkında kapsamlı bilgi verilmiştir ve onam imzası alınmıştır. Görüşme formu içerisinde kişisel bilgilerine, kimlik bilgilerine yer verilmemiştir. Araştırma sonuçlarında kimliklerinin ve araştırma sorularına verilen cevapların gizli tutulacağı bildirilmiştir.

3.4.2. Hastalığı Değerlendirme Ölçeği

Mc Adams ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilen Türkiye’de Mahmure Adaylar tarafından 1995 yılında geçerlilik ve güvenilirliğini gerçekleştiren Hastalığı Değerlendirme Ölçeği (Meaning of İllness Questionare ‘MIQ’) kullanılmıştır. Bu ölçek bireylerin hastalık durumunda düşünce ve tutumlarını belirlemede primer olarak hastalıklarına verdikleri/atfettikleri değerleri ve sekonder olarak hastalıkla baş etmek için kullanılan kaynakları değerlendirmek üzerine tasarlanmıştır. Hastalığı değerlendirme ölçeği 32 maddeden oluşur. Bu 32 maddenin 2 tanesi açık uçlu sorudur (5 ve 6. Maddeler). Diğer 30 maddenin her biri 0'dan (kesinlikle değil) 6'ya (oldukça çok) değişen 7'li likert ölçeği kullanılarak derecelendirilmiştir (0-1: Hayır, 2-3-4: Bir ölçüde, 5-6 evet, tamamen). Browne ve ark. (1988) çalışmasında ölçeğin faktöryel yapısı 5 bölümde değerlendirilmiştir. Bu bölümler; hastalığın yaşama ve ilişkilere etkisi/ olumsuz tutum (zarar, tehdit, kayıp) / stresin tipi ve baş etme kaynaklarının değerlendirilmesi/ olumlu tutum (mücadele, ümit, motivasyon ve kontrol) / Beklentiler ve yeniden meydana gelme olasılığı şeklindedir.

Hastalığı değerlendirme ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Mahmure Adaylar tarafından 1995 yılında doktora tezinde gerçekleştirilmiştir. Kendisinden araştırma ncesi 5 Kasım 2019 tarihinde yazılı olarak izin alınmıştır.

Hastalığı değerlendirme ölçeğinin her bir maddesi bireyin hastalığa verebileceği farklı anlamları ortaya çıkarmak amacıyla düzenlenmiştir. Bu teorik tasarım nedeniyle bir toplam puan hesaplanmaz. Sonuçlar maddelere verilen yanıtlar (hastalığa verilen olumsuz veya olumlu değerlendirmeler) zerinden yorumlanır.

3.5. Veri Analizi

Tüm veriler bilgisayarda SPSS (statistical package for social sciences) for Windows 22 programına kaydedilerek analiz edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, hastalığa yönelik sorular ve hastalık değerlendirme lği soruları frekans analizi ile değerlendirilerek frekans ve yüzde ile sonuçlar elde edilmiş ve yorumlanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Çalışmanın bu bölümünde son dönem böbrek yetmezliği tanısı almış hemodiyalize giren kadın hastaların kişisel görüşme ve hastalığı değerlendirmelerine ilişkin yapılan araştırmanın istatistiksel analiz sonuçları açıklanmıştır. Yapılan analiz sonucunda elde edilen verilerde kadın hasta bireylerin tanıtıcı bilgilerine, hastalığa dair bilgilerine, hastalık sürecine dair bilgilerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Hastalığı değerlendirme ölçeğine (MIQ) verilen yanıtlar tablolar halinde verilmiştir.

4.1. Hastaların Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulgular

Hastaların demografik özelliklerinin dağılımları yüzde ve frekans analizi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1.1: Hastaların Tanıtıcı Bilgilerine İlişkin Bulgular

		N	%
Yaş	Ort±Ss	61,4±14,17	
	18-30 Yaş	2	2,9
	31-41 Yaş	5	7,1
	42-52 Yaş	12	17,1
	53-63 Yaş	17	24,3
	64-74 Yaş	21	30,0
	75 Yaş ve Üzeri	13	18,6
Medeni Durum	Bekar	7	10,0
	Evli	38	54,3
	Boşanmış	6	8,6
	Eş vefat	19	27,1
Evlilik Süresi (Ay)	Ort±Ss	37,8±15,3	
	Evet	62	88,6
Çocuk Durumu	Hayır	8	11,4
	Yok	8	11,4
	Yok	8	11,4
Çocuk Sayısı	1-3 Tane	41	58,6
	3'ten Fazla	21	30,0
Gelir Getirici Bir Meslek Durumu	Evet	31	44,2
	Hayır	39	55,7
Çalışma Durumu	Evet	8	11,4

	Hayır	41	58,6	
	Emekliyim	21	30,0	
Hastalıktan Dolayı İşini Bırakmak Durumunda Kalması	Evet	17	22,9	
	Hayır	53	77,1	
Hastalıktan Dolayı mı İstanbul'da Yaşama Zorunluluğu	Evet	6	8,6	
	Hayır	64	91,4	
Sosyal Güvence Durumu	Evet	69	98,6	
	Hayır	1	1,4	
Hangi Sosyal Güvenlik Kurumu	SSK	45	65,2	
	Bağkur	14	20,3	
	Emekli Sandığı	8	11,6	
	Banka Vakfı	1	1,4	
Yaşamımı En Uzun Süre Nerede Geçirdiği	Köy	2	2,9	
	İlçe	4	5,7	
	İl	64	91,4	
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	21	25,7	
	İlkokul	25	35,7	
	Ortaokul	3	4,3	
	Lise	13	18,6	
	Üniversite ya da üzeri	8	11,4	
Gelir Miktarı (2019)	Ort±Ss	2762,28±	1909,2	
Aylık Gelir Nasıl Sağlandığı *	Eşi	31	35,6	
	Kendisi	29	33,3	
	Vefat Eden Eşinin Maaşı	12	13,8	
	Vefat Eden Babasının Maaşı	5	5,7	
	Babası	5	5,7	
	Çocukları	5	5,7	
	Total*	87	100,0	
	Oturlan Konutun tipi	Apartman dairesi	67	95,7
		Müstakil	3	4,3
Yaşanılan Aile tipi	Çekirdek	60	85,7	
	Geniş	10	14,3	
Hane Halkı Sayısı	1	6	8,6	
	2	27	38,6	
	3	14	20,0	
	4	9	12,9	
	5	9	12,9	
	6	4	5,7	
	9	1	1,4	

* Birden çok işaretleme

Tablo 4.1.1 incelendiğinde araştırma kapsamındaki hastaların yaşları ortalama ve standart sapması 61.4 ± 14.17 'dir. Yaş dağılım aralıkları incelendiğinde %2,9'u (n:2) 18-30 yaş arası olduğu, %7,1'i (n:5) 31-41 yaş aralığında olduğu, %17,1'i (n:12) 42-52 yaş aralığında olduğu, %24,3'ü (n:17) 53-63 yaş aralığında olduğu %30'u (n:21) 64-74 yaş aralığında olduğu, %18,6'sı (n:13) 75 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Hastaların medeni durumlarına bakıldığında; %54,3'ü (n:38) evli, %27,1'inin (n:19) eşinin vefat ettiği, %10'u (n:7) bekar, %8,6'sı (n:6) boşanmış olduğu görülmektedir. Evli olan kadın hastaların evlilik sürelerinin ortalaması 37,8 aydır.

Kadın hastaların çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde %86,6'sının (n:62) çocuğu varken %11,4'ünün (n:8) çocuğu yoktur. Çocuğu olan hastaların çocuk sayısına bakıldığında %58,6'sının(n:41) 1-3 arası çocuk sayısına sahip olduğu, %30'unun (n:21) 3'ten fazla çocuğa sahip olduğu görülmektedir.

Diyaliz hastası kadınların meslek durumuna bakıldığında %55,7'nin (n:39) mesleği yoktur, %44,2'nin (n:31) ise bir mesleği vardır. Çalışma durumuna bakıldığında %58,6'sı (n:41) çalışmıyor, %11,4'ü (n:8) çalışıyor, %30'u (n:21) emeklidir. Hastaların %77,1'i (n:53) işlerini hastalıktan dolayı bırakmamışken %22,9'u (n:17) işlerini hastalıklarından dolayı bırakmak zorunda kalmıştır.

Yaşadıkları yerlere bakıldığında hastaların %8,6'sı (n:6) hastalıklarından dolayı İstanbul'da yaşamaktadır, %91,4'ü hastalıktan önce de İstanbul'da yaşadığını ifade etmiştir.

Sosyal güvencenin olup olmamasına bakıldığında hastaların %98,6'sının sosyal güvencesi varken %1,4'ünün (n:1) sosyal güvencesi yoktur. Sosyal güvencesi olmayan kadın hastanın hastane ve tedavi maliyetlerini kendi karışladığı öğrenilmiştir. Var olan sosyal güvence sorgulandığında en yüksek oranla %65,2'sinin (n:45) SSK'dan yararlandığı, %20,3'ünün (n:14) Bağkur, %11,6'sının (n:8) Emekli Sandığında %1,4'ünün (n:1) Banka vakfından yani çalıştığı kurumun sağladığı özel sağlık sigortasından yararlandığı belirlenmiştir.

Hastaların %91,4'ü (n:64) yaşamını en fazla ilde, %5,7'si (n:4) ilçede, %2,9'u (n:2) yaşamını en fazla köyde geçirmiştir.

Eğitim düzeylerine bakıldığında; %35,7'si (n:25) ilkokul, %25,7'si (n:21) okur-yazar değil, %18,6'sı (n:13) lise, 11,4'ü (n:8) üniversite yâda üzeri, %4,3'ü (n:3) ortaokul mezunudur. Gelir düzeylerine bakıldığında ortalama ve standart sapması

2762,28±1909,2'dir. Aylık gelirin nasıl ya da kim tarafından sağlandığı incelendiğinde en yüksek oranla %35,6'sının (n:31) eşi tarafından, %33,3'ünün (n:29) kendi emekli maaşı ya da çalışmasından elde ettiği maaşıyla geçimini sağladığı, %13,8'inin (n:12) vefat eden eşinin maaşıyla, %5,7'sinin (n:5) vefat eden babasının maaşıyla, %5,7'sinin (n:5) babası tarafından, %5,7'sinin (n:5) çocukları tarafından gelirinin sağlandığı belirlenmiştir. Bazı hastalardan gelirini sağlayan birkaç durum olduğundan bu durum göz önünde bulundurulmuştur.

Hastaların yaşadıkları konut tipi ele alındığında apartman dairesinde oturanların oranı %95,7 (n:7), müstakil evde oturanların oranı %3,4'tür (n:3).

Hastaların %85,7'si (n:60) çekirdek aile yapısına sahip, %14,3'ü (n:10) geniş aileye sahiptir. Evinde kendisiyle beraber yaşayan toplam kişi sayısına bakıldığında tek yaşayan hasta sayısı %8,6 (n:6)'dır. İki kişi yaşayan %38,6 (n:27), üç kişi yaşayan %20,0 (n:14), dört kişi yaşayan %12,9 (n:9), beş kişi yaşayan %12,9 (n:9), altı kişi yaşayan %5,7 (n:4), en yüksek ev ahalisi olarak dokuz kişi yaşayan %1,4(n:1)' tür.

4.2. Kronik Hastalığa Dair Bilgilere İlişkin Bulgular

Hastaların kronik hastalığa dair bilgilere ilişkin bulguların dağılımları yüzde ve frekans analizi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.2.1: Kronik Hastalığa Dair Bilgilere İlişkin Bulgular

		N	%
Tedaviye Hemen Başlama	Evet	69	98,6
	Hayır	1	1,4
Tedaviye Hemen Başlanamama Nedeni	Yanlış Teşhis	1	100,0
Haftada Görülen Hemodiyaliz Seans Sayısı	Haftada 1 Seans	1	1,4
	Haftada 2 Seans	16	22,9
	Haftada 3 Seans	53	75,7
Kronik Başka Hastalığının Olma Durumu	Evet	56	80,0
	Hayır	14	20,0
Başka Bir Kronik Hastalığın Varlığı*	Hipertansiyon (Yüksek Tansiyon 'HT')	36	44,4
	Diabetes Mellitus (Şeker Hastalığı 'DM')	26	32,1
	Kronik Kalp Yetmezliği (KKY)	11	13,6

	Nörojenik Mesane	1	1,2
	Astım	1	1,2
	Serebro Vaküler Olay (İnme, Felç,SVO)	1	1,2
	Göz Hastalığı	1	1,2
	Göğüs Kanseri	1	1,2
	Over Kanseri	1	1,2
	Vitiligo (Deride Renk Kaybı)	1	1,2
	Artımı (Kalp Ritim Bozukluğu)	1	1,2
	Toplam	81*	100,0
Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalığınız Süresince Uygulanan Tedavi Türleri *	İlaç Tedavisi	65	46,8
	Periton Diyalizi	1	0,7
	Böbrek Nakli	5	3,6
	Hemodiyaliz	68	48,9
Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalığınızın Ana Sebebi	Bilinmiyor	5	7,1
	Diabetesmellitüs	25	35,7
	Hipertansiyon	18	25,7
	Glomerülonefrit	3	4,3
	Böbrek Taşı	2	2,9
	Polikistik Böbrek Hastalığı	4	5,7
	Pyelonefrit	4	5,7
	Akut Böbrek Yetmezliği	1	1,4
	Bilmiyorum	1	1,4
	Diğer	7	10,0
Böbrek Yetmezliği Süresi (Ay)	Ort±Ss	88,47±87,43	

* Birden çok işaretleme

Hastaların %98,6'sı (n:69) hastalıklarını öğrendiklerinde tedaviye hemen başladıklarını, %1,4'i (n:1) ise yanlış teşhis sebebiyle tedaviye hemen başlanılmadığını belirtmiştir. Haftada gidilen hemodiyaliz seans sayılarına bakıldığında %75,7'si (n:53) haftada 3 seans, %22,9 (n:16) haftada 2 seans, %1,4'ü (n:1) ise haftada 1 seans hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Hastaların %80'inin (n:56) kronik böbrek yetmezliği haricinde kronik hastalıkları mevcut, %20'sinin (n:14) başka kronik bir hastalığı yoktur. Kronik böbrek yetmezliği haricinde var olan kronik hastalıklar %44,4 (n:36) hipertansiyon, %32,1 (n:26) diabetes mellitus, %13,6 (n:11)

kronik kalp yetmezliği, %1,2 (n:1) nörojenik mesane, %1,2 (n:1) astım, %1,2 (n:1) serebro vasküler olay, %1,2 (n:1) göz hastalığı, %1,2 (n:1) göğüs kanseri, %1,2 (n:1) over kanseri, %1,2 (n:1) vitiligo, %1,2 (n:1) aritmidir. Kronik böbrek yetmezliği hastalığı tanısı ile beraber uygulanan tedavi türleri incelendiğinde birden fazla seçeneğin işaretlendiği görülmektedir. Hastalara kronik böbrek yetmezliği hastalığı boyunca uygulanan tedavi türleri incelendiğinde hastaların %48,9'una (n:68) hemodiyaliz, %46,8'ine (n:65) ilaç tedavisi, %3,6'sına (n:5) böbrek nakli, %0,7'sine (n:1) periton diyalizi uygulanmıştır. Kronik böbrek yetmezliği hastalığının ana sebeplerinin dağılımına bakıldığında en çok %35,7 (n:25) ile diabetes mellitus, %25,7 (n:25) ile hipertansiyon olarak gösterilmiştir. Her iki hastalığın damar yapısının değişime, renal perfüzyonun bozulmasına sebep olduğundan en çok yetmezlik tablosuna sürükleyen hastalıklardandır. Diğer kronik böbrek yetmezliği sebeplerine bakıldığında %10,0'ının (n:7) diğer sebeplere bağlı, %7,1'inin (n:5) sebebinin bulunmadığı, %5,7'sinin (n:4) polikistik böbrek hastalığına bağlı, %5,7'sinin (n:4) pylonefrite bağlı, %4,3'ünün (n:3) glomerülonefrite bağlı, %2,9'unun (n:2) böbrek taşına bağlı, %1,4'ünün (n:1) akut böbrek yetmezliğine bağlı, %1,4'ünün (n:1) hasta tarafından bilinmeyen bir hastalık sebebine bağlı olarak geliştiği görülmektedir. Araştırmaya katılan kadın hastaların böbrek yetmezliği hastalığı süresi incelendiğinde ay olarak belirtilen süresinin ortalaması 88,47, standart sapmasının 87,43 olduğu görülmektedir.

4.3. Hastalık Sürecine Dair Bilgilere İlişkin Bulgular

Hastaların hastalık sürecine dair bilgilere ilişkin bulguların dağılımları yüzde ve frekans analizi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.3.1: Tedavi Sürecine Dair Görüşleri

	N	%
Hastalığının Farkına Varıp, Olumsuz Etkilerini En Aza İndirecek Şekilde Yaşamaya Çalışıyorum	24	34,3
Allah'ın Takdiri, Kaderim Olduğunu Düşünüyorum ve Sabır Göstermeliyim	21	30,0
Hastalığımı Kabullendim ve Uyum Sağlamaya Çalışıyorum	17	24,3

Bu Hastalığı Neden Ben Yaşıyorum Diye Düşünüyorum ve Zaman Zaman İsyan Ediyorum

8

11,4

Araştırma kapsamındaki kadın hastalar tedavi sürecine dair düşüncelerini %34,3 (n:24) ile “hastalığımın farkına varıp, olumsuz etkilerini ez aza indirecek şekilde yaşamaya çalışıyorum”, %30 (n:21) ile “Allah’ın takdiri, kaderim olduğunu düşünüyorum ve sabır göstermeliyim”, %24,3 (n:17) ile “hastalığımı kabullendim ve uyum sağlamaya çalışıyorum”, %11,4 (n:8) ile “bu hastalığı neden ben yaşıyorum diye düşünüyorum ve zaman zaman isyan ediyorum “olarak ifade etmişlerdir.

Tablo 4.3.2: Hemodiyaliz Tedavisi Sürecinde Yaşanan Psikososyal Sorunlara İlişkin Bulgular

	Evet		Hayır		Fikrim Yok	
	N	%	N	%	N	%
Hastalığım Sebebiyle Üzüntülüyüm	43	61,4	26	37,1	1	1,4
Hastalığım Sebebiyle Sağlığımın Daha Kötüleşmesinden Korkuyorum	50	71,4	20	28,6	0	0,0
Hastalığımın Oluşturduğu Olumsuz Etkiler Konusunda Endişeliyim/Kaygılıyım.	44	62,9	26	37,1	0	0,0
Hastalığım ile Sosyal Çevremden İzole Oldum/Yalnız Kaldım.	35	50,0	35	50	0	0,0
Sürekli Stresli ve Gerginim	32	45,7	38	54,3	0	0,0
Diyaliz Makinasına Bağımlı ve Vücudumun Bir Parçası Olarak Hissediyorum	67	95,7	2	2,9	1	1,6
Hastalığım ile Sürekli Kavga Eden Biri Haline Geldim	14	20	56	80	0	0,0
Hastalığım Sebebiyle Sürekli Huzursuzum	31	44,3	39	55,7	0	0,0
Hastalığım ile Beraber Dikkat Dağınıklığım ve Konsantrasyon Güçlüğümlü Oluştum	34	48,6	35	50	1	1,3
Hastalığım, Fiziksel Değişimimle Beraber Kendime Olan Güvenimi Kaybetmememe Sebep Oldu	35	50	35	50	0	0,0
Hastalığım ile Birlikte Aile İçi İlişkilerimde ve Rollerimde Değişim Oldu	27	38,6	43	61,4	0	0,0

Hastaların tedavi sürecince yaşadıkları psikososyal sorunlarına bakıldığında; “Hastalığım sebebiyle üzüntülüyüm” ifadesine % 61,4’ü (n:43) evet % 37,1’i (n: 26) hayır, %1,4’ü (n:1) fikrim yok, “Hastalığım sebebiyle sağlığımın daha kötüleşmesinden korkuyorum” maddesine % 71,4’ü (n:50) evet, % 28,6’sı (n:20) hayır, “Hastalığının oluşturduğu olumsuz etkiler konusunda endişeliyim/kaygılıyım.” maddesine % 62,9’u (n:44) evet, % 37,1’i (n:26) hayır, “Hastalığım ile sosyal çevremden izole oldum/yalnız kaldım” maddesine % 50’si (n:35) evet %50’si (n:35) hayır, “Sürekli stresli ve gerginim” maddesine % 54,3’ü (n:38) hayır, % 45,7’si (n:32) evet, “Diyaliz makinasına bağımlı ve vücudumun bir parçası olarak hissediyorum” maddesine % 95,7’si (n: 67) evet %2,9’u (n:2) hayır, %1,6’sı (n:1) fikrim yok, “Hastalığım ile sürekli kavga eden biri haline geldim” maddesine %80’i (n:56) hayır %20’si (n:14) evet, “Hastalığım sebebiyle sürekli huzursuzum” maddesine % 55,7’si (n:39) hayır %44,3’ü (n:31) evet, “Hastalığım ile beraber dikkat dağınıklığım ve konsantrasyon güçlüğü oluştu” maddesine % 50’si (n: 35) hayır, % 48,6’sı (n:34) evet, %1,3’ü (n:1) fikrim yok, “Hastalığım, fiziksel değişimimle beraber kendime olan güvenimi kaybetmeme sebep oldu” maddesine % 50’si (n:35) evet ve % 50’si (n:35) hayır, “Hastalığım ile birlikte aile içi ilişkilerimde ve rollerimde değişim oldu” maddesine % 61,4’ü (n:43) hayır % 38,6’sı (n:27) evet şeklinde ifade etmiştir. Genel olarak bakıldığında hastaların diyaliz makinasına bağımlı, üzgün, kaygılı ve hastalığının daha da kötüleşeceklerini düşündükleri görülmektedir. Görüşme esnasında bu sürece ilişkin bazı görüşler şu şekildedir:

“Hastalık yüzünden sürekli çevremdekilere sataşıyorum, sinirleniyorum, kızıyorum. Biliyorum bu yaptığım doğru değil, hatalıyım sonuçta... ama kendimi tutamıyorum. Bende hırsımı böyle alıyorum işte...” (H.K., 71 Yaş)

Tablo 4.3.3: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi Sürecinde Yaşanan Ekonomik Sorunlara İlişkin Bulgular

	Evet		Hayır		Yanıtsızım	
	N	%	N	%	N	%
Hastalığım Sebebiyle İşimi Kayb Ettim.	17	22,9	53	77,1	0	0,0

Zorunlu Olarak Emekliliği Tercih Etmek Zorunda Kaldım.	8	11,4	62	88,6	0	0,0
Hastalığım Nedeniyle Mesleğimi Değiştirmek Zorunda Kaldım	2	2,9	67	95,7	1	1,4
Çalıştığım İş Yerimdeki Statüm Değişti.	2	2,9	68	97,1	0	0,0
Başka Bir Bireye Ekonomik Açıdan Bağımlı Oldum.	13	18,6	57	81,4	0	0,0
Borçlarım Giderek Arttı.	24	34,3	46	65,7	0	0,0

Hastaların tedavi sürecince yaşadıkları ekonomik sorunlara bakıldığında “Hastalığım sebebiyle işimi kaybettim” maddesine % 22,9’unun (n:17) evet, %77,1’inin (n:53) hayır cevabı verdiği, “Zorunlu olarak emekliliği tercih etmek zorunda kaldım” maddesine % 11,4’ünün (n:8) evet, %88,6’sının (n:62) hayır cevabı verdiği, “Hastalığım nedeniyle işimi değiştirmek zorunda kaldım” maddesine %2,9’unun (n:2) evet, %95,7’sinin (n:67) hayır cevabı verdiği, “Çalıştığım iş yerindeki statüm değişti” maddesine %2,9’unun (n:2) evet, %97,1’inin (n:68) hayır cevabı verdiği, “Başka bir bireye ekonomik açıdan bağımlı oldum” maddesine %18,6’sının (n:13) evet, %81,4’ünün (n:57) hayır cevabı verdiği, “Borçlarım giderek arttı” maddesine “34,3’ünün (n:24) evet, %65,7’sinin (n:46) hayır cevabı verdiği belirlenmiştir.

Tablo 4.3.4: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi Sürecinde Harcamalarına Ayırdığı Bütçe Durumuna Ait Bulgular

		N	%
Harcamalarınıza Yeteri Kadar Bütçe Ayırma Durumu	Evet	29	41,4
	Hayır	41	58,6

Araştırmaya katılan kadın hastaların %58,6’sı (n:41) harcamalarına yeterli bütçe ayıramazken %41,4’ü (n:29) harcamalarına yeterli bütçe ayırabilmektedir. Görüşme esnasında evet cevabı veren hastaların ardından zaten çok büyük harcamalar yapamadığını, hasta olduktan sonra eski hayatındaki gibi harcamalar yapmadığını ya da hasta olduğu için zaten çok harcamaya fırsat bulamadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.3.5: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi Sürecinde Harcamalarda Yaşanan Sorunlara İlişkin Bulgular

Harcamalar	Evet		Hayır		Bu Harcamam Yoktu	
	N	%	N	%	N	%
Ulaşım Harcamaları	34	48,6	36	51,4	0	0
İlaç ve Kullanım Bedeli Harcamaları	37	52,9	33	47,1	0	0
Mutfak Harcamaları	39	55,7	31	44,3	0	0
Kira Ödemesi	17	24,3	13	18,6	40	57,1
Fatura Giderleri	35	50,0	34	48,6	1	1,4
Kişisel Gereksinimler (kıyafet, bakım, kozmetik)	29	41,4	34	48,6	7	10
Tatil ve Keyfi Harcamalar	36	51,4	23	32,9	11	15,7
Eğlence, Boş Zaman Aktiviteleri ve Spor Harcamaları	27	38,6	20	28,6	23	32,9

Hastaların hemodiyaliz tedavi sürecince harcamalarda yaşanan sorunlara bakıldığında; ulaşım harcamalarına % 48,6'sı (n:34) evet, %51,4'ünün (n:36) hayır, ilaç ve kullanım bedeli harcamalarına % 52,9'u (n:37) evet, %47,1'inin (n:33) hayır, mutfak harcamalarına % 55,7'si (n:39) evet, %44,3'ünün (n:31) hayır, kira ödemesine %24,3'ü (n:17) evet, %18,6'sının (n:13) hayır, %57,1'inin (n:40) kira ödemesinin olmadığı, konutunda ev sahibi olarak oturduğu, fatura ödemelerine % 50'si (n:35) evet, %48,6'sının (n:34) hayır, kişisel gereksinimlerine % 41,4'ü (n:29) evet, %48,6'sının (n:34) hayır, tatil ve keyfi harcamalara % 51,4'ü (n:36) evet, %32,9'unun (n:23) hayır, Eğlence, boş zaman aktiviteleri ve spor harcamalarına % 38,6'sı (n:27) evet, %28,6'sının (n:20) hayır şekilde ifade ettiği belirlenmiştir..

Tablo 4.3.6: Hemodiyaliz Tedavisi Sürecinde Yaşanan Fizyolojik Sorunlara İlişkin Bulgular

	Evet		Hayır		Fikrim Yok	
	N	%	N	%	N	%
Fiziksel Görünümümde Değişiklikler Oldu	50	71,4	20	28,6	0	0,0
Hastalığım Bedenimde Organ/Uzuv Kaybıma Neden Oldu	68	97,1	2	2,9	0	0,0
Hastalığım ve Tedavim Sebebiyle İştahsızlık, Bulantı, Kusma Gibi Olumsuz Durumlarla Karşılaşıyorum	22	31,4	48	68,6	0	0,0
Hastalığım Sebebiyle Aldığım Diyaliz Tedavisi Sırasında ve Sonrasında Kas Kramplarım Oluyor	56	80,0	14	20,0	0	0,0
Zaman Zaman Tansiyonumda Ani Değişiklikler Oluyor	62	88,6	8	11,4	0	0,0
Zaman Zaman Kan Şekerimde Ani Değişiklikler Oluyor	31	44,3	39	55,7	0	0,0
Hastalığım ve Tedavimin Etkisi ile Halsizlik/Yorgunluk Yaşıyorum	67	95,7	3	4,3	0	0,0
Hastalığımın Nedeniyle Cinsel Sorunlar Yaşıyorum.	27	38,6	39	55,7	4	5,7
Uyku Sorunları Yaşıyorum.	47	67,1	23	32,9	0	0,0
Her İki Diyaliz Seansı Arasında Nefes Darlığı Yaşıyorum.	30	42,9	40	57,1	0	0,0
Hasta Olmadan Önce Yapabildiğim Fiziksel Etkinlikleri Hasta Olduktan Sonra Gerçekleştiremiyorum.	68	97,1	2	2,9	0	0,0

Hastaların tedavi sürecince yaşadıkları fizyolojik sorunlarına bakıldığında “Fiziksel görünümünde değişiklik oldu” maddesine % 71,4’ü (n:50) evet, %28,6’sı (n:20) hayır, “Hastalığım bedenimde organ/uzuv kaybıma neden oldu” maddesine %97,1’i (n:68) evet, %2,9’si (n:2) hayır, “Hastalığım ve tedavim sebebiyle iştahsızlık, bulantı, kusma gibi olumsuz durumlarla karşılaşıyorum” maddesine %31,4’ü (n:22) evet, %68,6’sının (n:48) hayır, “Hastalığım sebebiyle aldığım diyaliz tedavisi sırasında ve sonrasında kas kramplarım oluyor” maddesine %80’i (n:56) evet, %20,0’ının (n:14) hayır, “Zaman zaman tansiyonumda ani değişiklikler oluyor” maddesine % 88,6’sı (n:62) evet, %11,4’ünün (n:8) hayır “Zaman zaman kan şekerimde ani değişiklikler oluyor” maddesine % 44,3’ü (n:31) evet, %55,7’sinin (n:39) hayır, “Hastalığım ve tedavimin etkisi ile halsizlik/yorgunluk yaşıyorum” maddesine % 95,7’si (n: 67) evet, %4,3’ünün

(n:3) hayır, “Hastalığımın nedeniyle cinsel sorunlar yaşıyorum.” maddesine % 38,6’sı (n: 27) evet, %55,7’si (n:39) hayır %5,7’sinin (n:4) fikrim yok, “Uyku sorunları yaşıyorum.” maddesine % 67,1’i (n:47) evet, %32,9’unun (n:23) hayır, “Her iki diyaliz seansı arasında nefes darlığı yaşıyorum.” maddesine %42,9’u (n:30) evet, %57,1’inin (n:40) hayır, “Hasta olmadan önce yapabildiğim fiziksel etkinlikleri hasta olduktan sonra gerçekleştiremiyorum.” maddesine %97,1’ü (n:68) evet, %2,9’sı (n:2) hayır olarak belirtmiştir. Görüşme esnasında diyalizin kendisini fizyolojik olarak olumsuz yönde nasıl etkilediğini belirten bir hastanın ifadesi şu şekildedir:

“Diyaliz günleri zaten baygınım, ertesi gün kendime geleyim derken yine diyalize geliyorum. Çarşaf bile silkeleyemiyorum. Hiç hayat değil ki bu...”
(H.A., 55 Yaş)

Tablo 4.3.7: Hastalık Sürecinde Kaygı Durumlarına İlişkin Bulgular

	N	%
Gelecek Kaygısı	40	57,1
Ölüm Korkusu	11	15,7
Ümitsizlik	7	10,0
Ekonomik Problemler	5	7,1
Terkedilme	4	5,7
Sosyal Dışlanma	3	4,3

Hastalık sürecinde kadın hastalar en çok %57,1 (n:40) ile gelecek kaygısından, %15,7 (n:11) ile ölüm korkusundan %10 (n:7) ile ümitsizlikten %7,1 (n:5) ile ekonomik problemlerden, %5,7 (n:4) ile terkedilmekten, %4,3 (n:3) ile sosyal dışlanmadan dolayı kaygı duyduklarını belirtmiştir. Görüşme esnasında bir hastanın hastalık sürecinde ölüm korkusunu neden yaşadığını şu şekilde ifade etmiştir:

“Çocuklarım ben ölüyorum diye çok korkuyor. Kızım geceleri başıma gelip nefesimi kontrol ediyor. Onların üzülmesini istemiyorum. Bu yüzden en çok ölümden korkuyorum.” (F.A. 51 Yaş)

Tablo 4.3.8: Hastalık Nedeniyle Toplumsal Cinsiyet Rollerinden Geri Planda Kalma Durumuna İlişkin Bulgular

	Evet		Hayır		Fikrim Yok		Bu Rolüm Yok	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Annelik Rolü	38	54,3	24	34,3	0	0,0	8	11,4
Eş Rolü	26	37,1	33	47,1	0	0,0	11	15,7
Ev Kadınlığı Rolü	62	88,6	8	11,4	0	0,0	0	0,0
Mesleki Rol	12	17,1	18	25,7	1	1,4	39	55,7
Akrabalık Rolü	35	50,0	33	47,1	0	0,0	2	2,9
Bireylik Rolü	46	65,7	17	24,3	6	8,6	1	1,4
Toplumsal Roller (stk üyeliği, kursa devam...)	11	15,7	5	7,1	2	2,9	52	74,3

Tablo 4.3.8'e bakıldığında hastalık nedeni ile kadın hastaların toplumsal cinsiyet rollerinden geri kalma durumuna ilişkin bulgular incelendiğinde annelik rolü maddesine %54,3'ünün (n:38) evet, %34,3'ünün (n:24) hayır, %11,4'ünün (n:8) bu rolüm yoktu, eş rolü maddesine %37,1'inin (n:26) evet, %47,1'inin (n:33) hayır, %15,7'sinin (n:11) bu rolüm yoktu, ev kadınlığı rolü maddesine %88,6'sının (n:62) evet, %11,4'ünün (n:8) hayır, mesleki rol maddesine %17,1'inin (n:12) evet, %25,7'sinin (n:18) hayır, %1,4'ünün fikrim yok, %55,7'sinin (n:39) bu rolüm yoktu, akrabalık rolü maddesine %50,0'sinin (n:35) evet, %47,1'inin (n:33) hayır, %2,9'unun (n:2) bu rolüm yoktu, bireylik rolü maddesine %65,7'sinin (n:46) evet, %24,3'ünün (n:17) hayır, %8,6'sının (n:6) fikrim yok, %1,4'ünün (n:1) bu rolüm yoktu, toplumsal roller maddesine %15,7'sinin (n:11) evet, %7,1'inin (n:5) hayır, %2,9'unun (n:2) fikrim yok, %74,3'ünün (n:52) bu rolüm yoktu cevabını verdiği görülmektedir. En çok %88,6 ile (n: 62) ev kadınlığı, %65,7 (n:46) ile bireylik rolünden, %54,3 (n:38) ile annelik özelliklerinden geri planda kaldıklarını belirtmişlerdir. Görüşme esnasında bir kadın olarak toplumsal ve rol sorumlulukları noktasında yaşadığı sorunları ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Hala eşimin yanında yatamıyorum. “Neden benden kaçyorsun?” diyor. Aslında kaçmak istemiyorum ama ağrıdan da duramıyorum ki... gidiyorum salona ağlıyorum, sabır çekiyorum. Ama onu çok seviyorum. Mesela hasta

olmayan arkadaşlarım sabah kalkıyorlar, çoluk çocuğuyla kahvaltı yapıyorlar. Ama ben bunu yaşayamıyorum. Haftada üç gün zaten buradayım.” (N.M., 42 Yaş)

Tablo 4.3.9: Hemodiyaliz Tedavisi Sürecinde Yaşanılan Kısıtlılıklara İlişkin Bulgular

	Evet		Hayır		Fikrim Yok	
	N	%	N	%	N	%
Beslenme kısıtlılığı (sıvı ve tuz kısıtlaması, diyet)	65	92,9	5	7,1	0	0,0
İş yaşamında kısıtlılık	17	24,3	52	74,3	1	1,4
Diyaliz ünitesine ve diyaliz makinasına bağımlı olma	67	95,7	2	2,9	1	1,4
Aile içi ilişkilerde kopukluk ve çatışma	22	31,4	48	68,6	0	0,0
Sosyal yaşam ve etkileşimde azalma	46	65,7	24	34,3	0	0,0
Spor ve bedense aktivitelerde yavaşlama, azalma	68	97,1	2	2,9	0	0,0
Cinsel yaşamın kısıtlılığı	27	38,6	39	55,7	4	5,7
Seyahat ve tatil kısıtlılığı	61	87,1	9	12,9	0	0,0
Sürekli ilaç kullanımı	69	98,6	1	1,4	0	0,0

Tablo 4.3.9'a göre kadın hastaların hemodiyaliz tedavisi sürecinde yaşanan kısıtlılıklarına ilişkin bulgular incelendiğinde beslenme kısıtlılığı maddesine %92,9'inin (n:65) evet %7,1'inin (n:5) hayır, iş yaşamında kısıtlılık maddesine %24,3'ünün (n:17) evet, %74,3'ünün (n:52) hayır, %1,4'ünün (n:1) fikrim yok, diyaliz ünitesine ve diyaliz makinasına bağımlı olma maddesine %95,7'sinin (n:67) evet, %2,9'unun (n:2) hayır, %1,4'ünün (n:1) fikrim yok, aile içi ilişkilerde kopukluk ve çatışma maddesine %31,4'ünün (n:22) evet, %68,6'sının (n:48) hayır, sosyal yaşam ve etkileşimde azalma maddesine %65,7'sinin (n:46) evet, %34,3'ünün (n:24) hayır, spor ve bedense aktivitelerde yavaşlama, azalma maddesine %97,1'inin (n:68) evet, %2,9'unun (n:2) hayır, cinsel yaşam kısıtlılığı maddesine %38,6'sının (n:27) evet, %55,7'sinin (n:39) hayır, %5,7'sinin (n:4) fikrim yok, seyahat ve tatil kısıtlılığı

maddesine % 87,1'inin (n:61) evet, %12,9'unun (n:9) hayır, Sürekli ilaç kullanımı maddesine % 98,6'sının (n:69) evet, %1,4'ünün (n:1) hayır cevabı verdiği belirlenmiştir. Görüşme esnasında bir hastanın yaşadığı kısıtlılıklara ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

“Bu kadar kısıtlı yaşamaktansa, böyle yaşamaktansa, diyalize girmektense ölmek istiyorum.” (Z.A., 72 Yaş)

Tablo 4.3.10: Tıbbi Sebepler Haricinde Hastalığın Oluşma Sebeplerini Algılama/Yorumlama Biçimlerine İlişkin Bulgular

	N	%
Allah'ın Takdiri Olduğunu Düşünüyorum	22	31,4
Tamamen Tıbbi Sebepler Haricinde Bir Sebebi Olduğunu Düşünmüyorum	19	27,1
Kendi Hatalarım ve Hastalığımı Önemsememenden Kaynaklandığını Düşünüyorum	13	18,6
Ailemin İhmali	10	14,3
Hastalığının Sebebinin Genetik Olduğunu Düşünüyorum	4	5,7
Yanlış Beslenme	1	1,4
Mesleğimin Zorluğu ve Çalışma Şartlarım	1	1,4
Yoksulluk	0	0,0
Yanlış Tıbbi Uygulamalar	0	0,0
Bilgisizlik ve Güncel Sağlık Uygulamalarından Haberdar Olamama	0	0,0

Kadın hemodiyaliz hastalarının tıbbi sebepler haricinde hastalığının oluşma sebeplerini algılama/yorumlama biçimlerine ilişkin bulgular incelendiğinde %31,4 (n:22) ile “Allah'ın takdiri” ,% 27,1 (n:19) ile “Tamamen tıbbi sebepler haricinde bir sebebi olduğunu düşünmüyorum”, %18,6 (n:13) ile “Kendi hatalarım ve hastalığımı önemsememenden kaynaklandığını düşünüyorum”, %14,3 (n:10) ile “Ailemin ihmali”, %5,7 (n:4) ile “Hastalığının sebebinin genetik olduğunu düşünüyorum”, %1,4 (n:1) ile “Yanlış beslenme”, % %1,4 (n:1) ile “Mesleğimin zorluğu ve çalışma şartlarım” cevabını verdikleri görülmektedir. “Yoksulluk”, “Yanlış tıbbi uygulamalar”, “Bilgisizlik ve güncel sağlık uygulamalarından haberdar olamama” seçenekleri işaretlenmemiştir.

Tablo 4.3.11: Hastaların Hasta Olmadan Önceki Kendini ve Hasta Olduktan Sonraki Kendini Değerlendirmesine İlişkin Bulgular

Hasta Olmadan Önce Ben... Hasta Olduktan Sonra Ben...	N	%
Hayat Dolu Neşeliydim Şimdi Öyle Değilim	10	14,3
Her İşi Kendim Yapardım Şimdi Yapamıyorum	10	14,3
Hareketli Canlı Biriydim Şimdi Mahkumum	7	10,0
Aktiftim Kısıtlanmış Gibi Hissediyorum	6	8,6
Her İsteddiğimi Yapardım Şimdi Yapamıyorum	5	7,1
Gezerdim Seyahat Ederdim Artık Sokağa Bile Çıkamıyorum	5	7,1
Çocuktum Çocukluğumu Gençliğimi Yaşayamadım Büyüdüm	3	4,3
Sosyaldim Herkesle İlişkimi Kestim	3	4,3
Diyaliz Makinasını Bilmezdim Şimdi Ona Bağımlıyım	2	2,9
Güçlüydüm Artık Zayıfım	2	2,9
Her İsteddiğimi Yapardım Şimdide Değişiklik Yok	2	2,9
Misafirperverdim Misafir Ağırdayamıyorum	2	2,9
Ailem Vardı Artık Dağıldı	1	1,4
Bağımsızdım Eve Bağlı Çocuklarım Bana Bağlı Kaldı	1	1,4
Çalışıyordum İşimi Kaybettim	1	1,4
Çalışmıyordum SSK Olması İçin Çalışmak Zorunda Kaldım	1	1,4
Genç Hissederdim Yaşlandım Çöktüm	1	1,4
Hayatımı Yaşayacak Yaştaydım O Günlerim Heba Oldu	1	1,4
Her şey Tamdı Şimdi Boşluktayım	1	1,4
Her şeye Üzülürdüm Artık Olaylara Bakış Açım Değişti	1	1,4
İyiydim Şimdi Ümitsizim Yorgunum	1	1,4
Kendi Bakımımı Kendim Yapardım Şimdi Ele Çocuklara Muhtaç Oldum	1	1,4
Özgürdüm Bağımsızdım Şimdi Boynu Bükük Bağlıyım	1	1,4
Rahat Biriydim Sinirli Biri Oldum	1	1,4
Zamanım Yeterliydi Şimdi Zamanım Yok	1	1,4

Kişilere hasta olmadan önceki ve olduktan sonraki durumlarını betimlemeleri istenmiş verilen cevaplara göre benzer cümleler birleştirilmiş frekans analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre kadın hastalar; %14,3'ü (n:10), “hayat dolu, neşeli biriydim şimdi öyle değilim”, %14,3'ü (n:10) “her işi kendim yapardım şimdi yapamıyorum”, %10,0'u (n:7) “hareketli canlı biriydim şimdi mahkumum”, %8,6'sı (n:6) “aktifim kısıtlanmış gibi hissediyorum”, %7,1'i (n:5) “her istediğimi yapardım şimdi yapamıyorum”, %7,1'i (n:5) “gezerdim seyahat ederdim artık sokağa bile çıkamıyorum”, %4,3'ü (n:3) “çocuktum çocukluğumu gençliğimi yaşayamadım büyüdüm”, %4,3'ü (n:3) “sosyaldim herkesle ilişki kestim”, %2,9'u (n:2) “diyaliz makinasını bilmezdim şimdi ona bağımlıyım”, %2,9'u (n:2) “güçlüydüm artık zayıfım”, %2,9'u (n:2) “her istediğimi yapardım şimdi de değişiklik yok”, %2,9'u (n:2) “misafirperverdim misafir ağırlayamıyorum”, %1,4'ü (n:1) “ailem vardı artık dağıldı”, %1,4'ü (n:1) “bağımsızdım eve bağlı çocuklarım bana bağlı kaldı”, %1,4'ü (n:1) “çalışıyordum işimi kaybettim”, %1,4'ü (n:1) “çalışmıyordum ssk olması için çalışmak zorunda kaldım”, %1,4'ü (n:1) “genç hissedirdim yaşlandım çöktüm”, %1,4'ü (n:1) “hayatımı yaşayacak yaştaydım o günlerim heba oldu”, %1,4'ü (n:1) “her şey tamdı şimdi boşluktayım”, %1,4'ü (n:1) “her şeye üzülürdüm artık olaylara bakış açım değişti”, %1,4'ü (n:1) “iyiydim şimdi ümitsizim yorgunum”, %1,4'ü (n:1) “kendi bakımımı kendim yapardım şimdi ele çocuklara muhtaç oldum”, %1,4'ü (n:1) “özgürdüm bağımsızdım şimdi boynu bükük bağılıyım”, %1,4'ü (n:1) “rahat biriydim sinirli biri oldum”, %1,4'ü (n:1) “zamanım yeterliydi şimdi zamanım yok” ifadelerini belirtmişlerdir.

Hasta olmadan önce, kendilerini “hareketli/ aktif/ enerjik ve mücadeleci, günlük hayatını sürdüren” olarak hasta olduktan sonra ise “İşlerimi yapamaz/ bağımlı/yorgun ve çöküntüye uğramış” olarak belirtmişlerdir. Görüşme esnasında kadın hastaların bu sürece ilişkin bazı görüşler şu şekildedir:

“Eroin bağımlısı gibi bağımlıyım. Hayat sevincim bitti, hayatım bitti evrim geçiriyorum. Çocuklarım böbrek vermek istediler. Almadım neden alayım ki? Neden yarım bırakayım onları? Devlet artık bu hastalığa çözüm getirsin. Yaşam doluydum, hayata küstüm. Posa gibi hayat yaşıyorum; düşün suyu sıkılmış posa gibiyim. Artık güvensiz ve kararsız biri oldum. Güpür gibi geldim buraya kuklaya döndüm...” (F.O. 75 Yaş).

“Bu hastalık benim her şeyimi aldı götürdü...” (N.V., 75 Yaş)

Tablo 4.3.12: Hastaların Hastalığın Etkilerini Değerlendirme Biçimlerine İlişkin Bulgular

		N	%
Hastalığı Neden Kendi Başına Geldiğini Sorgulaması	Evet	31	44,3
	Hayır	39	55,7
Hastalığın ve Hemodiyaliz Tedavisinin Oluşturduğu Olumsuz Durumlar ve Güçlükler Karşısında Kullandığınız Baş Etme Yöntemlerinin Olup Olmaması	Evet	48	68,6
	Hayır	22	31,4
Hastalığın ve Hemodiyaliz Tedavisinin Oluşturduğu Olumsuz Durumlar ve Güçlükler Karşısında Kullandığınız Baş Etme Yöntemleri*	İbadet Ediyorum	15	27,8
	Kitap Okuyorum	4	7,4
	Aileme Sığınyorum	3	5,6
	El İşi Yapıyorum	3	5,6
	Evcil Hayvanlarımla İlgileniyorum	3	5,6
	Kendimi Mutlu Edecek İşlere Yöneliyorum	3	5,6
	Televizyon Seyrediyorum	3	5,6
	Torunlarımla İlgileniyorum	3	5,6
	Ev İşleri Yapıyorum	2	3,7
	İşime Odaklanıyorum	2	3,7
	Arkadaşlarımla Vakit Geçiriyorum	1	1,9
	Çocuklarımla İlgileniyorum	1	1,9
	Dijital Oyun Oynuyorum	1	1,9
	Diyaliz Bittikten Sonra Diyalizle İlgili Birşey Düşünmüyorum	1	1,9
	Gelecek Güzel Günleri Hayal Ediyorum	1	1,9
	İnternette Vakit Geçiriyorum	1	1,9

Hastalığınızın Teşhisi ve Sonrası Tedavi Süresince En Çok Kimden Destek Aldığı	Kendim İçin Yeni Hobiler Ediniyorum	1	1,9
	Olumsuz Durumları Önemsemiyorum	1	1,9
	Psikiyatrik İlaç Kullanıyorum	1	1,9
	Seyahat Ediyorum	1	1,9
	Yaşadıklarımı Gözümde Büyütmüyorum	1	1,9
	Total*	54	100,0
	Eşim	13	18,6
	Annem	5	7,1
	Çocuklarım	46	65,7
	Arkadaşlarım	2	2,9
	Kardeşlerim	4	5,7

Tablo 4.3.12 incelendiğinde hastaların %55,7'si (n:39) “bu hastalık neden benim başıma geldi diye düşünüyor musunuz?” sorusuna %44,3'ü (n:31) evet, %55,72si (n:39) hayır cevabını vermiştir. Görüşme esnasında bu hastalığı neden kendisinin yaşadığını sorgulayan bir hastanın ifadeleri şu şekildedir:

“Akrabalarım ben hasta olunca hiç aramadılar. Sanki onlardan böbrek isteyeceğimi düşündüler. Çevremde o kadar çok insan var ki neden onlar değil de ben hastayım diyorum. Çok mutsuzum, çok isyan ediyorum, ağlıyorum. Her diyaliz günüm geldiğinde ‘of yine mi Allah ’ım’ diyorum. ‘Allah ’ım beni kurtar artık düzelsin’ diyorum. Düzelmeyen tek yolu nakil olmak, onu da oldum ama böbrek benim vücudumda bir saat anca durabilmiş. Uyandığında bana söylediler duvarlara vura vura ağladım. Bu da olmadı işte... Neden benim yüzüm gülmüyor, neden bende herkes gibi değilim...” (N.M., 42 Yaş)

“Hastalığın ve hemodiyaliz tedavisinin oluşturduğu olumsuz durumlar ve güçlükler karşısında kullandığınız baş etme yönteminiz var mıdır” sorusuna %68,6'sı (n:48) evet, %31,4'i (n:22) hayır cevabını vermiştir. Baş etme yöntemi olan hastaların baş etme yöntemlerini ifade etmeleri istenmiş verilen cevaplara göre benzer cümleler birleştirilmiş frekans analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre kadın hemodiyaliz

hastaları; %27,8'i (n:15) "ibadet ediyorum", %7,4'ü (n:4) "kitap okuyorum", %5,6'sı (n:3) "aileme sığıyorum", %5,6'sı (n:3) "el işi yapıyorum", %5,6'sı (n:3) "evcil hayvanlarımla ilgileniyorum", %5,6'sı (n:3) "Kendimi mutlu edecek işlere yöneliyorum", %5,6'sı (n:3) "Televizyon Seyrediyorum", %5,6'sı (n:3) "Torunlarımla İlgileniyorum" %3,7'si (n:2) "Ev İşleri Yapıyorum", %3,7'si (n:2) "İşime Odaklanıyorum", %1,9'u (n:1) "Arkadaşlarımla Vakit Geçiriyorum", %1,9'u (n:1) "Çocuklarımla İlgileniyorum", %1,9'u (n:1) "Dijital Oyun Oynuyorum", %1,9'u (n:1) "Diyaliz Bittikten Sonra Diyalizle İlgili Bir şey Düşünmüyorum", %1,9'u (n:1) "Gelecek Güzel Günleri Hayal Ediyorum", %1,9'u (n:1) "İnternette Vakit Geçiriyorum", %1,9'u (n:1) "Kendim İçin Yeni Hobiler Ediniyorum", %1,9'u (n:1) "Olumsuz Durumları Önemsemiyorum", %1,9'u (n:1) "Psikiyatrik İlaç Kullanıyorum", %1,9'u (n:1) "Seyahat Ediyorum", %1,9'u (n:1) "Yaşadıklarımı Gözümde Büyütmüyorum" ifadelerini kullanmışlardır. Görüşme esnasında baş etme yöntemlerinden bahseden bir hastanın ifadeleri şu şekildedir:

"Bu hastalığa yakalandığımda torunum dünyaya gelmişti. Onunla yeniden doğdum. Hep onunlayım, onun sayesinde diyalizle baş ediyorum, güçleniyorum, hayata bağlanıyorum. Yapacak bir şey yok başa geldi. Her şeyi denediler iyileşmem için ama olmayınca olmuyor işte... (S.D., 58 Yaş)

Hastalığın teşhisi ve hastalık süresince hemodiyaliz tedavisi gören kadın hastalar en çok destek aldıkları kişiyi; %65,7 (n:46) ile çocuklarından, %18,6 (n:13) ile eşlerinden, %7,1 (n:5) ile annelerinden, %5,7 (n:4) ile kardeşlerinden, %2,9 (n:2) ile arkadaşlarından olduğunu ifade etmektedirler. Görüşme esnasında bu sürece ilişkin kadın hastaların bazı görüşleri şu şekildedir:

"En büyük destekçim oğlum. Eşim başkalarının yanında gösteriş yapıyor. Evde başkaları varken bana iyi davranıyor, üstüme düşüyor ama tek başımızayken kötü davranıyor. O hasta olsa ben ona öyle davranmam o yüzden bu hayatta kimseye güven olmaz..." (H.K., 60 Yaş)

"Evlatlarımdan bir kızım var oda beni yarı yolda bıraktı. Çok üzüldüm, hastalığıma değil onun yaptıklarına üzüldüm. Bana hiç destek olmadı..." (S.E., 67)

4.4. Hastalık Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Hastalık değerlendirme ölçeğinden elde edilen bulgular, her bir alt boyut için ayrı ayrı yüzde ve frekans analizi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.4.1: Hastalık Değerlendirme Ölçeği Sonuçlarına İlişkin Bulgular

	Ölçek Maddeleri	Hayır / Hiç		Bir Ölçüde		Evet Tamamen	
		N	%	N	%	N	%
Hastalığın Etkisi	Günlük Yaşamınızı,	4	5,7	0	0,0	66	94,3
	Arkadaşlarınızla Birlikte Olmanızı,	17	24,3	4	5,7	49	70,0
	Ailenizle Birlikte Olmanızı,	31	44,3	1	1,4	38	54,3
	İşinizi/ Okulunuzu/ Ev İşlerinizi	5	7,1	3	4,3	62	88,6
Hastalığa Yüklenen Anlam	(Zarar Veren) Size Zarar Veren Bir Şey	10	14,3	8	11,4	52	74,3
	(Tehlike-Tehdit) Size Zarar Verebilecek Bir Şey	7	10,0	4	5,7	59	84,3
	(Kayıp) Bir Şeyleri Yitirmenize Yol Açan Bir Şey	16	22,9	4	5,7	50	71,4
	(Mücadele-Meydan Okuma) Savaşabileceğin Bir Şey	4	5,7	8	11,4	58	82,9
Prognoz	(Geçici) Bir Süre Sonra Geçip Gidecek Bir Durum	56	80,0	6	8,6	8	11,4
	(Kalıcı) Devam Eden Bir Durum, Hayatınızın Bir Parçası	9	12,9	5	7,1	56	80,0
	(Geçici-Kalıcı) Ara Ara Gelip Gidecek Bir Durum	56	80,0	4	5,7	10	14,3
Fonksiyonel Durum	(Kısıtlayıcı) Fiziksel Aktiviteyi/Gücü Azaltan Bir Durum	2	2,9	1	1,4	67	95,7
	(Vücudu Bozan) Kötüleşmeye Doğru Bir Gidiş	16	22,9	4	5,7	50	71,4
	(Yıkıcı-Vücudu Geriletken) Daha da	19	27,1	5	7,1	46	65,7

Kötüleşmeye Yol Açan Bir Durum							
Stresin Derecesi	Hastalığınızın Sizde Yarattığı Stres ve Endişeyi Puanlayın	9	12,9	29	41,4	32	45,7
Hastalığın Tahmini	Doktorlar Açıklamadan Önce Bu Hastalığı Tahmin Etmiş Miydiniz?	51	72,9	3	4,3	16	22,9
Şartların Kontrolü	Bu Hastalığa Yakalanmada Sizin de Bir Parça Rolünüz Olduğunu Düşünüyor Musunuz?	49	70,0	1	1,4	20	28,6
Belirsizlik	Her Şeyin Eskisi Gibi Olacağından Emin Misiniz?	51	72,9	8	11,4	11	15,7
Nüks	Bu Hastalığa Tekrar ya da İkinci Bir Hastalığa Yakalanma İhtimali Olduğuna İnanıyor Musunuz?	30	42,9	14	20,0	26	37,1
Ümit	Sizce Her Şey Yoluna Girecek mi?	44	62,9	14	20,0	12	17,1
Motivasyon	Bu Hastalığa Rağmen Davranışlarınızda Bağımsız Olmaya Kararlı mısınız?	7	10,0	10	14,3	53	75,7
Hastalığa Cevap	Bu Hastalıkla Baş Etmek İçin Bir Şeyler Yapmalı veya Bir Şeyleri Değiştirmelisiniz	8	11,4	5	7,1	57	81,4
	Bu Hastalığı Kabullenmelisiniz	2	2,9	2	2,9	66	94,3
	Harekete Geçmeden Önce Daha Fazlasını Bilmeniz Gerekliyor	1	1,4	6	8,6	63	90,0
	Yapmak İstediklerinizle İlgili Kendinizi Frenlemelisiniz	12	17,1	9	12,9	49	70,0

Kararlarda Değişiklik	Hastalığınızdan Bu Yana Önem Verdiğiniz Şeylerle İlgili Değişiklik Yaptığınızı Düşünüyor musunuz?	15	21,4	8	11,4	47	67,1
Kararların Kontrolü	Önem Verdiğiniz Şeyler Hakkında Söylenecek Çok Şeyiniz Olduğuna İnanıyor musunuz?	13	18,6	15	21,4	42	60,0
Başa çıkma Gücü	Bu İşin Üstesinden Gelecek Enerji ve Sabra Sahip Olduğunuzu	14	20,0	13	18,6	43	61,4
Genel Durum	Genel Durumunuzdan Memnun musunuz?	16	22,9	9	12,9	45	64,3
Genel Tutum	Uğraştığınız İşlerdeki Tavrınızdan Memnun musunuz?	18	25,7	11	15,7	41	58,6

Tablo 4.4.1 incelendiğinde hastalık değerlendirme ölçeğinin alt boyutlarının frekans analizi yapılmıştır. Ölçeğe göre belli bir puanlamaya göre analiz yapılmadığından soruların hastalara göre ne ifade ettiği analiz edilmiştir.

Hastalığın etkisi alt boyutunda sorulan “Günlük yaşamınızı etkiledi mi?” sorusuna hastaların %94,3’ü (n:66) evet/tamamen katılıyorum, %5,7’si (n:4) hayır/hiç katılmıyorum, “Arkadaşlarla birlikte olmanızı etkiledi mi?” sorusuna %70’i (n:49) evet/tamamen katılıyorum derken %24,3’ü (n: 17) hayır/hiç katılmıyorum, %5,7’si (n:4) bir ölçüde katılıyorum, “Ailenizle birlikte olmanızı etkiledi mi?” sorusuna %54,3’ü (n:38) evet tamamen katılıyorum derken %44,3’ü (n:31) hayır/hiç katılmıyorum, %1,4’ü (n:1) bir ölçüde katılıyorum , “İşinizi/ Okulunuzu/ Ev işlerinizi etkiledi mi? ” sorusuna %88,6’sı (n:62) evet/tamamen katılıyorum,% 7,1’i (n:5) hayır/hiç katılmıyorum , %4,3’ü (n:3) bir ölçüde katılıyorum olarak cevaplamıştır.

Hastalık değerlendirme ölçeği hastalığa yüklenen anlam alt boyutunda sorulan “(ZARAR VEREN) Size zarar veren bir şey olarak tanımlar mısınız?” sorusuna hastaların % 74,3’ü (n:52), evet/tamamen katılıyorum, %14,3’ü (n:10) hayır/hiç katılmıyorum, %11,4’ü (n:8) bir ölçüde katılıyorum, “(TEHLİKE-TEHDİT) Size zarar verebilecek bir şey olarak tanımlar mısınız?” sorusuna % 84,3’ü (n:59) evet tamamen katılıyorum, %10,0 (n:7) hayır/hiç katılmıyorum, %5,7’si (n:4) bir ölçüde katılıyorum, “(KAYIP) Bir şeyleri yitirmenize yol açan bir şey” sorusuna % 71,4’ü (n:50) evet tamamen katılıyorum, %22,9’u (n:16) hayır/hiç katılmıyorum, %5,7’si (n:4) bir ölçüde katılıyorum, “(MÜCADELE-MEYDAN OKUMA) Savaşabileceğin bir şey olarak tanımlar mısınız?” sorusuna % 82,9’i (n:58) evet/tamamen katılıyorum, %5,7’si (n:4) hayır/hiç katılmıyorum, %11,4’ü (n:8) bir ölçüde katılıyorum olarak cevap vermiştir.

Hastalık değerlendirme ölçeği prognoz alt boyutunda sorulan “(GEÇİCİ) Size göre bu hastalık bir süre sonra geçip gidecek bir durum mu?” sorusuna hastaların %11,4’ü (n:8) evet/tamamen katılıyorum, % 80’i (n:56) hayır/hiç katılmıyorum, %8,6’sı (n:6) bir ölçüde katılıyorum, “(KALICI) Size göre bu hastalık devam eden bir durum, hayatınızın bir parçası mı?” sorusuna % 80’i (n:56) evet/tamamen katılıyorum, %12,9’u (n:9) hayır/hiç katılmıyorum, %7,1’i (n:5) bir ölçüde katılıyorum, ve “(GEÇİCİ-KALICI) Size göre bu hastalık ara ara gelip gidecek bir durum mu?” sorusuna %14,3’ü (n:10) evet/tamamen katılıyorum, %80’ni (n:56) hayır/hiç katılmıyorum, %5,7’si (n:4) bir ölçüde katılıyorum olarak cevap vermişlerdir.

Hastalık değerlendirme ölçeği fonksiyonel durum alt boyutunda sorulan “(KISITLAYICI) Size göre bu hastalık fiziksel aktiviteyi/gücü azaltan bir durum mu?” sorusuna hastaların % 95,7’si (n:67) evet/tamamen katılıyorum, %2,9’u (n:2) hayır/hiç katılmıyorum, %1,4’ü (n:1) bir ölçüde katılıyorum, “(VÜCUDU BOZAN) Size göre bu hastalık kötüleşmeye doğru bir gidiş mi?” sorusuna % 71,4’ü (n:50) evet/tamamen katılıyorum, %22,9’u (n:16) hayır/hiç katılmıyorum, %5,7’si (n:4) bir ölçüde katılıyorum, “(YIKICI-VÜCUDU GERİLETEN) Size göre bu hastalık daha da kötüleşmeye yol açan bir durum mu?” sorusuna hastaların % 65,7’si (n:46) evet/tamamen katılıyorum, % 27,1’i (n:19) hayır/hiç katılmıyorum, %7,1’, (n:5) bir ölçüde katılıyorum olarak değerlendirdikleri görülmektedir.

Hastalık değerlendirme ölçeğinde stresin derecesi alt boyutu olarak sorulan “Hastalığınızın sizde yarattığı stres ve endişeyi puanlayın” sorusunu hastaların

%45,7'i (n:32) stresi yüksek, %41,4'ü (n:29) stresi orta olarak, % 12,9'u (n:9) stresi düşük olarak puanlamıştır.

Hastalık değerlendirme ölçeğinde hastalığın tahmini alt boyutu olarak sorulan "Doktorlar açıklamadan önce bu hastalığı tahmin etmiş miydiniz?" sorusuna hastaların %22,9'u (n:16) evet /tamamen, %72,9'u (n:51) hayır/hiç %4,3'ü bir ölçüde tahmin ettiğini belirtmiştir.

Hastalık değerlendirme ölçeğinde şartların kontrolü alt boyutu olarak sorulan "Bu hastalığa yakalanmada sizin de bir parça rolünüz olduğunu düşünüyor musunuz?" sorusuna hastaların %28,6'sı (n:20) evet/tamamen, %70'i (n:49) hayır/hiç, %1,4'ü (n:1) bir ölçüde düşünüyorum cevabını vermiştir.

Hastalık değerlendirme ölçeğinde belirsizlik alt boyutu olarak sorulan "Her şeyin eskisi gibi olacağından emin misiniz?" sorusuna hastaların %15,7'si (n:11) evet/tamamen, %72,9'u (n:51) hayır/hiç %11,4'ü (n:8) bir ölçüde eminim cevabını vermiştir.

Hastalık değerlendirme ölçeğinde nüksetme alt boyutu olarak sorulan "Bu hastalığa ya da ikinci olarak buna benzer bir hastalığa yakalanma ihtimali olduğuna inanıyor musunuz?" sorusuna hastaların %37,1'i (n:26) evet/tamamen, %42,9'u (n:30) hayır/hiç, %20,0'ı (n:14) bir ölçüde inanıyorum cevabını vermiştir.

Hastalık değerlendirme ölçeğinde ümit alt boyutu olarak sorulan "Sizce her şey yoluna girecek mi?" sorusuna hastaların %17,1'i (n:12) evet/tamamen, % 62,9'u (n: 44) hayır/hiç, % 20'si (n:14) bir ölçüde inandığı cevabını vermiştir.

Hastalık değerlendirme ölçeğinde motivasyon alt boyutu olarak sorulan "Bu hastalığa rağmen davranışlarınızda bağımsız olmaya kararlı mısınız?" sorusuna hastaların %75,7'si (n:53) evet/tamamen, %10'u (n:7) hayır/hiç, %14,3'ü (n:10) bir ölçüde kararlı olduklarını belirtmişlerdir.

Hastalık değerlendirme ölçeği hastalık açısından hastaların hissettiklerinin puanlandığı ve hastalığa cevap alt boyutunda sorulan "Bu hastalıkla baş etmek için bir şeyler yapmalı veya bir şeyleri değiştirmelisiniz" maddesine hastaların % 81,4'ü (n:57) evet/tamamen katılıyorum, % 11,4'ü (n:8) hayır/hiç katılmıyorum, %7,1'inin (n:5) bir ölçüde katılmıyorum cevabını vermişlerdir. "Bu hastalığı kabullenmelisiniz" maddesine hastaların %94,3'ü (n:66) evet/tamamen katılıyorum, %2,9'u (n:2)

hayır/hiç katılmıyorum, %2,9'u (n:2) bir ölçüde katılıyorum cevabını vermişlerdir. "Harekete geçmeden önce daha fazlasını bilmeniz gerekiyor" maddesine hastaların %90'nı (n:63) evet/tamamen katılıyorum, %1,4'ü (n:1) hayır/hiç katılmıyorum, %8,6'sı (n:6) bir ölçüde katılıyorum olarak cevap vermişlerdir. "Yapmak istediklerinizle ilgili kendinizi frenlemelisiniz "maddesine hastaların %70'i (n:49) evet/tamamen katılıyorum, %17,1'i (n:12) hayır/hiç katılmıyorum, %12,9'u (n:9) bir ölçüde katılıyorum olarak cevap vermişlerdir.

Hastalık değerlendirme ölçeği hastalık açısından hastaların hissettiklerinin puanlandığı ve kararlarda değişiklik alt boyutunda sorulan "Hastalığınızdan bu yana önem verdiğiniz şeylerle ilgili değişiklik yaptığınızı düşünüyor musunuz?" sorusuna %61,7'si (n:47) evet/tamamen, %21,4'ü (n:15) hayır/hiç, %11,4'ünün (n:8) bir ölçüde düşünüyor cevapı verdiği görülmektedir.

Hastalık değerlendirme ölçeği hastalık açısından hastaların hissettiklerinin puanlandığı ve kararların kontrolün alt boyutunda sorulan "Önem verdiğiniz şeyler hakkında söylenecek çok şeyiniz olduğuna inanıyor musunuz?" sorusuna %60'ı (n:42) evet/tamamen, %18,6'sının (n:13) hayır/hiç, %21,4'ünün (n:15) bir ölçüde inandığını belirtmiştir.

Hastalık değerlendirme ölçeği hastalık açısından hastaların hissettiklerinin puanlandığı ve başa çıkma gücü alt boyutunda sorulan "Bu işin üstesinden gelecek enerji ve sabra sahip olduğunuzu hissediyor musunuz?" sorusuna %61,4'ü (n:43) evet/tamamen, %20'sinin (n:14) hayır/hiç, %18,6'sının (n:13) bir ölçüde hissettiğini belirtmiştir.

Hastalık değerlendirme ölçeği hastalık açısından hastaların hissettiklerinin puanlandığı ve genel durum alt boyutunda sorulan "Genel durumunuzdan memnun musunuz?" sorusuna hastaların %64,3'ü (n:45) evet/tamamen, %22,9'u (n:16) hayır/hiç, %12,9'u (n:9) bir ölçüde memnun olduğunu belirtmiştir.

Hastalık değerlendirme ölçeği hastalık açısından hastaların hissettiklerinin puanlandığı ve genel tutum alt boyutunda sorulan "Uğraştığınız işlerdeki tavrınızdan memnun musunuz?" sorusuna hastaların %58,6'sının (n:41) evet/tamamen, %25,7'sinin (n:18) hayır/hiç, %15,7'sinin (n:11) bir ölçüde memnun olduğunu belirtmiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE DEĞERLENDİRME

Bu bölümde araştırmayla ilgili ulaşılan bulgulara, sonuçlara, tartışmalara yer verilmiş olup araştırma verilere istinaden önerilerde bulunulmuştur.

5.1. Sonuç ve Tartışma

Hemodiyaliz tedavisi, sürekliliği olan, hemodiyaliz ünitesi, hemodiyaliz cihazı ve tedavi ekibini oluşturan yetişmiş, uzman ve profesyonel personel gereksinimi olmasına rağmen ülkemizde ve dünyada öncelikli, en sık ve yaygın olarak kullanılan renal replasman tedavi yöntemidir. Ülkemizde 2018 yıl sonu itibariyle hemodiyaliz tedavisi alan toplam hasta sayısı 60.643'tür. Hemodiyaliz merkezinde hemodiyaliz uygulanan hasta sayısı 57.649, yoğun bakım ortamında yapılan uzun süreli ve yavaş diyaliz yöntemleri (hemodiyafiltrasyon, hemofiltrasyon) uygulanan hasta sayısı 1.748, evde hemodiyaliz uygulayan hasta sayısı 555, diğer hemodiyaliz tipi belli olmayan tedavi gören hasta sayısı 691'dir. Bu hastaların 26.014'ü kadın hastadır (Süleymanlar, Ateş, Seyahi:2019:12-24). 2018 yılında hazırlanan Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Raporu'na göre ilk kez 2018 yılında hemodiyaliz tedavisi uygulanmaya başlayan hastaların sayısı 9.645'tir. Hemodiyaliz merkezinde hemodiyaliz uygulanan hasta sayısı 9.484, yoğun bakım ortamında yapılan uzun süreli ve yavaş diyaliz yöntemleri (hemodiyafiltrasyon, hemofiltrasyon) uygulanan hasta sayısı 133, evde hemodiyaliz uygulayan hasta sayısı 4, diğer hemodiyaliz tipi belli olmayan tedavi gören hasta sayısı 24'tür. Bu hastaların 4.052'si kadın hastadır (Süleymanlar, Ateş, Seyahi:2019:29).

Bu araştırma kronik böbrek yetmezliği tanısı almış haftanın belirli günlerinde hemodiyaliz tedavisi gören bu tedavi sürecini İstanbul Türk Böbrek Vakfı Hizmet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde sürdüren 18 yaş ve üzeri olan görüşmeyi kabul eden kadın hasta bireylerle yapılmıştır. Kadın hemodiyaliz hastalarının kendilerine ait tanıtıcı bilgilerinin, kronik böbrek hastalığına ve hemodiyaliz tedavisine ilişkin bulgularının ve hastalık sürecine dair bilgilerinin olduğu sorular ve hastalığı

değerlendirme ölçeğiyle sosyal hizmet perspektifinden incelenmesine dair bir araştırma yapılmıştır.

Araştırmaya katılan tüm hastaların cinsiyeti kadındır. 124 kadın hasta bireye sahip hemodiyaliz ünitesi kadın hasta onam alınması için görüşülmüş olup 70 hasta görüşmeye rıza göstermiştir. İnceleme ve değerlendirme 70 kadın hasta birey üzerinden yapılmıştır. Yapılan literatür taramalarında sadece kadın hasta bireylerle çalışılmadığı, erkek ve kadın cinsiyet hastalarının araştırmalara dahil edildiği çalışmalar olduğu görülmüştür. Ekin (2019:33) hemodiyaliz hastalarının yaşam doyumunun benlik saygısı ile ilişkisinin incelediği araştırmada 59'u kadın olan 152 hemodiyaliz hastası ile görüşmüştür. Soyer (2014: 36) tarafından hemodiyaliz hastalarının sağlık anksiyetesinin değerlendirmek üzere yapılan çalışmada 28'i kadın 70 hasta araştırmaya katılmıştır.

Araştırmanın birinci alt amacı "Hemodiyaliz kadın hastaların genel özellikleri nedir?" şeklindedir. Bu amaca göre yanıtlanan sorunun alt maddelerine yönelik bulguların analizi yapılmıştır. Kadın hasta bireylerin tanıtıcı bilgilere dair soruları verdikleri cevaplar değerlendirilmiştir. Buna göre araştırmaya katılım gösteren kadın hasta bireylerin yaş dağılımı incelendiğinde 64-74 yaş arası %30'luk oranla en yüksek yaş grubudur. %24,3'ü 53-63 yaş aralığını, %18,6'sı 75 yaş ve üzeri, %17,1'i 42-52 aralığını, %7,1'i 31-41 yaş aralığını, %2,9'u 18-30 yaş aralığını kapsamaktadır. 18 yaş altı araştırma kapsamına alınmamıştır. 2018 yılında hazırlanan Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Raporu'na göre kadın hemodiyaliz hastalarının yaş dağılımı 0-19 yaş 196, 20-44 yaş 3.011, 45-64 yaş 9.725, 65-74 yaş 7.582, 75 yaş ve üstü 5.500 olarak belirlenmiştir (Süleymanlar, Ateş, Seyahi:2019:12).

Araştırmaya katılan kadın hastaların medeni durumları %54,3 en büyük oran ile evlidir. Bunu %27,1 oranı ile eşi vefat etmiş kadınlar, %10 ile bekar, %8,6 ile boşanmış kadın hastalar takip etmektedir. Evli olan hastaların evlilik süresinin ortalaması 37,8'dir. Evli olanların fazla olması ve evlilik süresinin yüksek olması hastaların büyük oranda orta yetişkin yaşta olması olabilir. Erdem (2018: 52) tarafından yapılan bir çalışmada da evlilerin oranı yüksek bulunmuştur. Buna göre %75'inin evli, %23,1'inin bekar, %1,9'unun eşinin vefat ettiği ya da boşanmış olduğu belirlenmiştir.

Çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde hastaların %86'sının çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Kronik böbrek yetmezliği ve hemodiyaliz tedavisinin üreme hormonlarının işleyişini olumsuz yönde etkilediği ve cinsel disfonksiyon sebebiyle doğurganlık oranının düşüşü çocuk sahibi olma durumunu etkilemektedir (Güllü, 2012:30). Bu durum hastaların kronik böbrek yetmezliği ve buna bağlı hemodiyaliz tedavisi almadan önce çocuk sahibi olduklarını düşündürmektedir. Çocuk sayısı incelendiğinde çocuğu olmayan hasta sayısı %11,4, 1-3 arası çocuk sayısı olan hasta sayısı en yüksek oranla %58,6'dır. %30,0'lık kısım ise 3'ten fazla çocuğu olan kadın hasta sayısını göstermektedir. Kadın hastaların %55,7'si mesleğinin olmadığını ifade etmiştir. Hemodiyaliz tedavi sürecindeyken hastaların %58'inin çalışmadığı, %30'unun emekli, %8'inin çalıştığı belirlenmiştir. Emekli olan hastaların bir kısmının yaş itibariyle hemodiyaliz öncesi zaten emekliliği tercih etmiş olduğu bir kısmının ise hemodiyaliz sonrası malulen emekliliği tercih etmiş olduğu yorumu yapılabilmektedir. Çalışan hastalar ise bu süreçte ekonomik olarak sorun yaşamamak, sağlık sigortasının devamı için ya da mesleğini icra etmek için, bu süreçte hastalık sebebiyle mesleğini bırakmak istemediği için iş yaşamına devam etmektedirler. Hastalık sebebiyle işini bırakmak durumunda kalan hastaların oranı %77,1 ile yüksek orandadır. Ocak (2002:26) tarafından yapılan bir araştırmada hastaların %79,5'unun çalışmadığı, %20,5'inin çalıştığı belirlenmiştir. Bizim çalışmamızla benzerlik gösterdiği çalışmayan hasta oranının yüksek olduğu görülmektedir.

Hastalık sebebiyle, sağlık imkanlarına ulaşım, tedaviye ve tıbbi bakıma ulaşım açısından İstanbul'a göç etme, yerleşme ve yaşama zorunluluğu olan hasta sayısı %8,6 oranla düşüktür. Ocak (2002: 63) 'ın yaptığı çalışmada hastaların %60'nun hastalık nedeniyle yaşadığı yeri değiştirdiği belirlenmiştir.

Kadın hasta bireylerin %98,6'sının sosyal güvencesinin var olduğu %1,4'lük kısmının da sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir. Araştırma kapsamı özel bir hastaneye ait özel bir hemodiyaliz ünitesidir. Özel bir merkez olduğu için sosyal güvencesi olan hastaları hemodiyaliz için kabul etmektedir. Sosyal güvencesi olan hasta sayısının bu denli yüksek çıkmasının sebebi özel bir hemodiyaliz ünitesi olmasıdır. %1,4'lük sosyal güvencesi olmayan kısımdaki kadın hasta grubu tedavi maliyetini kendi karşılamaktadır. Hastaların yaşamının büyük bir kısmını nerde geçirdiğini incelediğimizde %91,4 oranıyla il merkezinin olduğunu görüyoruz. Bunun sebebi olarak İstanbul'un büyükşehir olması ve çok fazla göç almasını gösterebiliriz. %5,7'lik

kısım ilçede, %2,9'luk kısım ise köyde geçirdiğini belirtmiştir. Ocak (2002:43) tarafından yapılan çalışmada da hastaların büyük bir çoğunluğunun %49,3'ünün il merkezinde yaşadığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan kadın hastalarımızın eğitim durumu incelendiğinde en büyük oranla %35,7'sinin ilkokul mezunu olduğu, ikinci büyük oranla %21'inin okur yazar olmadığı görülmektedir. Bu durumu %18,6 ile lise mezunu, %11,4 ile yükseköğretim mezunu, %3 ile ilkokul mezunu takip etmektedir.

Araştırmaya katılan kadın hemodiyaliz hastalarının aylık ortalama geliri 2762,28'dir. Hastaların aylık gelirleri %35,6 oranla eşi, %33,3'ünün kendisinin çalışarak ya da emekli maaşı ile, %13,8'inin vefat eden eşinden kalan maaş ile, %5,7'si vefat eden babasından kalan maaş ile, %5,7'si babası, %5,7'si çocuklarının sağladığı destek ile geçimini sürdürdüğünü ifade etmiştir. Totalde n:87 olarak analiz edilen bu soruya çift seçenek olarak cevap verilmiştir. Yani bir hastanın birden fazla gelir kaynağı olduğu bilinmektedir.

Araştırmaya katılan kadın hastaların yaşadığı konut tipi incelendiğinde en yüksek oran %95'i apartman dairesinde, %4,3'ü ise müstakil evde yaşadığı belirlenmiştir. Gecekonuda ya da diğer konut tiplerinde yaşayan, sokakta kalan kadın hastamız bulunmamaktadır.

Araştırma kapsamında kadın hasta bireylerin aile yapıları incelendiğinde parçalanmış aile yapısına sahip bireylerin olmadığını, %85,7'sinin çekirdek aileye sahip olduğu, %14,3'ünün geniş aile içerisinde yaşadığı belirlenmiştir. Evde kadın hasta bireyle yaşayan kişi sayısına bakıldığında %38,6 en yüksek oranla 2 kişinin yaşadığı, ikinci olarak %20,0 oranla üç kişi yaşadığı belirlenmiştir. %14,3'ünün tek başına yaşadığı, kendi bakımını, kendi ihtiyaçlarının teminini kendi üstlendiği görülmektedir. %1,4'ünün 9 kişilik bir ev ortamı bulunduğunu ifade etmiştir. Bu sorunun yanıtlanması esnasında kadın hastalar hem yaşlılık hem de hastalığı sonrasında terkedildiğini, bakıcıya emanet edildiklerini ifade etmişlerdir.

Kronik hastalığa dair bilgilere ilişkin bulgular incelendiğinde hastaların hastalık tanısı ile beraber tedaviye hemen başladıkları görülmektedir. Bunun sebebi olarak sosyal güvencenin varlığı, hastane ve sağlık sistemlerine erişilebilirliğini gösterilebilir. Haftada hemodiyaliz seans sayısı hastalığın evrelerine göre, böbrek işlevinin, idrar miktarı ve biyokimya tahlillerine göre nefroloji uzman doktorunun değerlendirmesine

göre belirlenmektedir. Haftada girilen hemodiyaliz seansı incelendiğinde en yüksek oranla %75,7'sinin haftada üç seans, takiben %22,9'unun haftada iki seans, %1,4'ünün haftada bir seans diyalize girdiği görülmektedir. Buna göre hastaların büyük çoğunluğunun böbrek işlevini tamamen kaybettiği, haftada üç seans hemodiyaliz tedavisine bağımlı olduğu belirlenmiştir. Kronik böbrek yetmezliği haricinde başka kronik bir hastalığın varlığı sorgulandığında %80,'inin evet cevabı verdiği, en yüksek oranda %44,4'ünün hipertansiyon (yüksek tansiyon), %32,1'inin diabetes mellitus (şeker hastalığı), %13,6'sının kronik kalp yetmezliği hastalığına sahip olduğu belirlenmiştir. 2018 yılında hazırlanan Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Raporu'na göre hemodiyaliz hastalarının %49,6'sında hipertansiyon olduğu ortaya koyulmuştur (Süleymanlar, Ateş, Seyahi:2019:26). Özerdem (2006:22) tarafından yapılan bir araştırmada hastaların %53'ünde hipertansiyon, %13'ünde iskemik kalp hastalığı, %5'inde diabetes mellitus olduğu saptanmıştır. Şahin (2009:58) tarafından yapılan çalışmada hastaların %93'ünün başka bir kronik hastalığı olduğu, bunun %81,8'inin hipertansiyon, %24,2'sinin diabetes mellitus, %42, 4'ünün kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) ve kalp yetmezliği olduğu bulguları ortaya koyulmuştur. Buna göre hastalarda hipertansiyon varlığı literatür ile uyumlu görünmektedir.

Araştırma kapsamında sorulan kronik böbrek yetmezliği tanısı sonrasında uygulanan tedavi yöntemleri sorgulandığında bir hastaya birden çok tedavinin uygulandığı, tedaviler arası geçişlerin olduğu görüşmelerle ortaya koyulmuştur. Buna göre ilaç en çok uygulanan tedavi yöntemleri %48,9 ile hemodiyaliz, %46, 8 ile ilaç tedavisi takip etmektedir. %3,6'sının böbrek nakli, %0,7'sinin periton diyaliz tedavisi gördüğü ortaya koyulmuştur. Levy, Morgan, Brown (2002:4-70) 'a göre hasta ve hastalık değerlendirilerek, tanının belirlenmesi, sekonder oluşumların önüne geçmek kaydıyla tedavi aşamaları belirlenir. Hastalığın evreleri belirlenerek medikal tedavi ya da renal replasman tedavileri uygulanmaktadır.

Araştırmaya katılan kadın hemodiyaliz hastalarının kronik böbrek yetmezliği hastalığının ana sebebi sorgulandığında en yüksek oranla %35,7'sinin diabetes mellitus, %25,7'sinin hipertansiyon, %11,4'ünün polikistik böbrek hastalığı ve böbrek taşına bağlı olduğu %10'unun diğer sebepler %7,1'inin sebebinin bilinmediği, %4,3'ünün glomerülo nefrite bağlı olduğu belirlenmiştir. 2018 yılında hazırlanan Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Raporu'na göre hemodiyaliz hastalarının kronik

böbrek yetmezliği hastalığının nedenleri %35,80'i diabetes mellitus, %27,38'i hipertansiyon, %13,76'sının sebebinin bilinmediği, %6,90'ının diğer sebepler, %6,21'inin glomerülonefrit, %4,28'inin polikistik böbrek hastalığına bağlı olarak geliştiği ortaya koyulmuştur (Süleymanlar, Ateş, Seyahi:2019:13). Keskin (2015 :84) tarafından yapılan çalışmada kronik böbrek yetmezliği sebeplerinin hastaların %27,4'ünün hipertansiyon, %26,4'ünün diabetes mellitus, %22,3'ünün sebebinin bilinmediği, %17,3'ünün akut böbrek yetmezliği olduğu ortaya koyulmuştur. Çelik (2010:144-149) tarafından yapılan bir araştırmada en yüksek oranda ilk iki nedenin diabetes mellitus ve hipertansiyon olduğu belirtilmiş olup, Nadir, Topçu, Gültekin, Yöner (2002:62-64) tarafından yapılan araştırmada hastaların %36'sının diabetes mellitus, %27'sinin hipertansiyon sebebiyle kronik böbrek yetmezliği tanısı aldığı belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre çalışmamız ile diğer yapılan çalışmaların sonuçları benzer olup, literatür bilgisi ile örtüşmektedir.

Araştırmaya katılan kadın hastaların kronik böbrek yetmezliği hastalığı süresi ay olarak ortaya konulmuştur. 70 kadın hasta bireyin ortalama kronik böbrek yetmezliği süresi 88,47 ay olup, standart sapması 87,43'tür. Acar (2018:33) tarafından yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan hastaların diyalize girme süresi ay olarak belirlenmiş olup ortalama süresi 91,3 olup, standart sapması 80,9'dur. Araştırma bulgusunun literatür ile benzer sonuçlara sahip olduğu görülmektedir. 2018 yılında hazırlanan Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Raporu'nda hemodiyaliz hastalarının diyaliz sürelerine göre dağılımı verilmiştir. Buna göre %49,25'i 12-60 ay, %21,61'i 72-120 ay, %15,54'ü 11 ay ve altı, %13,6'sı 132 ay ve üstü sürelerde diyalize girdiği belirlenmiştir (Süleymanlar, Ateş, Seyahi:2019:14).

Araştırmanın ikinci alt amacı; "Hemodiyaliz kadın hastalar hastalığa bağlı psiko-sosyal kaynaklı ne tür sorunlar yaşamaktadır?" şeklindedir. Bu amaca göre yanıtlanan sorunun alt maddelerine yönelik bulguların analizi yapılmıştır. Kadın hastaların %61,4'ü yüksek oranla hastalığı sebebiyle üzüntülü olduğu ifade etmiştir. Hastaların %45,7'sinin sürekli stresli ve gergin olduklarını ifade etmiştir. Hastaların %44,3'ünün sürekli huzursuz olduğunu dile getirmiştir. Orta düzeyde olan bu gergin hal ve huzursuzluk hastanın iyilik halini etkilemektedir. Hastaların %48,6'sı hastalığı ile beraber dikkat dağınıklığı ve konsantrasyon güçlüğü olduğunu belirtmiştir. Bu durum zihinsel işlevleri yerine getirmede güçlük çekmeye, hafıza ile ilgili değişimlere sebep olmaktadır. Bu durum hastanın işini ya da mesleğini icra etme sırasında, kitap okuma,

dikkat ya da konsantrasyon gerektirecek durumda olumsuzlara neden olmaktadır. Hastaların %38,6'sının aile içi ilişkilerinde ve rollerinde değişim olduğunu belirtmiştir. Bu durum kişiler arası ilişkilerde değişime, aile içinde dengelerin ve rollerin değişimine sebep olmaktadır. Sonuç olarak tüm bu durumlar hastaların çökkün ruh haline sahip olmasına, depresif hale bürünmesine, içine kapanmasına ve depresyona sebep olmaktadır. Acar (2018:52) tarafından yapılan çalışmada araştırma kapsamındaki hemodiyaliz hastalarının %38,2'sinde depresyonun görülmediği, %26,2'sinin hafif, %16,5'inde orta, %18,6'sında yüksek oranda depresyon görüldüğü belirlenmiştir. Erdem (2018:57) tarafından hemodiyaliz hastalarında depresyon varlığı incelenmiştir. Bu çalışmaya göre hastaların %30,8'inde depresyon olduğu belirlenmiştir. Demirel, Yılmaz ve Görçin (2001:47-53) 'in yaptığı çalışmada hemodiyaliz hastalarının %62'sinde depresyon varlığı saptanmıştır.

Hastaların %71,4'ü yüksek oranla hastalığı sebebiyle sağlığının daha da kötüleşmesinden korktuğunu ifade etmiştir. Hastaların %62,9'u yüksek oranla hastalığın oluşturduğu olumsuz etkiler konusunda kaygılı olduğunu ifade etmiştir. Bu ifadeler yüksek düzeyde hastaların yaygın anksiyeteye, korku, endişeli hale sahip olduğunu göstermektedir. Bu da hastaların psikososyal sorunlardan anksiyeteye sahip olduğunu göstermektedir. Acar (2018:52) tarafından yapılan çalışmada araştırma kapsamındaki hemodiyaliz hastalarının %66,5'inde hafif, %14'üne orta, %19,5'inde yüksek oranda kaygı durumu ortaya koyulmuştur.

Hastaların %50'si sosyal çevresinde izole olduğunu, yalnız kaldığını ifade etmiştir. Bu durum gerek kendisinin dolayı sosyal çevresinden, akrabalarından, arkadaşlarından uzaklaşması, görüşmek istememesi, gerek hastalığı yüzünden kendisi istemediği halde dışlanması, çevresine kabul edilmemesi, tedavi saatleri ya da sonrasındaki dinlenme süresi sebebiyle sosyal çevresine vakit ayıramamasını içermektedir. Sosyal izolasyon hastalık sürecinde yaşanan psikososyal sorunlardan biridir. Ocak (2002:58) tarafından yapılan çalışmada hastaların yalnızlık düzeyleri ölçülmüştür. 73 hemodiyaliz hastası ile görüşülerek yapılan çalışmada hastaların yalnızlık, sosyal izolasyon durumu yüksek bulunmuştur. Cinsiyet bulguları açısından değerlendirildiğinde kadınların yalnız hissetme durumları erkeklere oranla düşük bulunmuştur.

Hastaların %95,7'si diyaliz makinasına bağımlı ve vücudunun bir parçası olarak hissettiğini ifade etmiştir. Bu durum hastanın vücudunun bir uzantısı olarak

gördüğünü, beden imajında olan değişimi göstermektedir. Hastaların %50'si fiziksel değişimiyle beraber kendine olan güvenini kaybettiğini ifade etmiştir. Üremi ve diğer toksik maddelerin vücutta artışına bağlı olarak cilt renginde değişim, ciltte kuruluk, üremik koku, boyunda katater varlığı ya da kolda fistül varlığına bağlı olarak görünümde değişiklik, özgüven kaybına, beden imajında değişikliğe ve benlik saygısında azalmaya sebep olmaktadır. Kıvrak (2008:43) tarafından hemodiyaliz hastalarının beden imajının incelendiği çalışmada hemodiyaliz hastalarının beden imajından yüksek derecede memnun olmadığı ortaya çıkmıştır. Çalışma kapsamında cinsiyet bulguları değerlendirildiğinde kadın hastaların erkek hastalara göre beden imajı algılarının daha düşük ve zayıf olduğu ortaya koyulmuştur.

Araştırmaya katılan kadın hemodiyaliz hastalarının fizyolojik sorunları incelendiğinde fiziksel görünümünde değişiklik olduğunu ifade etmiştir. Üre ve diğer toksik maddelerinin vücutunda artışına bağlı olarak cildinde olan değişiklikler, katater ve fistül varlığına bağlı olarak beden görüntüsünde farklılık fiziksel görünümünde olan değişikliklere yol açmıştır. Hastalığın organ ve uzuv kaybına neden olduğu ifade edilmiştir. Böbrek işlevinin kalıcı olarak kaybı ve kolda fistül varlığına bağlı olarak kolun kullanımında kısıtlılık, hastanın organ ve uzuv kaybına yol açmıştır. Bu durum hastanın kendini eksik olduğu düşünmesine toplumda ya da sosyal ortamında geri planda kalmasına sebep olmaktadır. Her iki durum daha hastaların dolaylı olarak psikososyal durumunu etkilemektedir. Zaman zaman tansiyon ve şeker düşüşü bir diğer fizyolojik sorunlardandır. Hem sekonder hem primer hastalık olarak tansiyon ve şeker hastalığına sahip olabilmekte hem de diyaliz tedavisinin yan etkilerine bağlı olarak ani değişimler olabilmektedir. Bu durum hastanın genel durumunu ve günlük hayata devam edebilmesini etkilemektedir. Tedavinin etkisi ile vücuttan elektrolit kaybı olabilmektedir. Bu durum tedavi sırasında ya da sonrasında kas kramplarına yol açmaktadır. Halsizlik ve yorgunluğa sebep olabilmektedir. Buna bağlı olarak hastalar hasta olmadan önceki yapabildiği fiziksel aktiviteleri hasta olduktan sonra yapamamaya başlar ve bunlar fizyolojik sorunlar kapsamında hastaların en çok sorun olarak dile getirdiği durumlardır. Cinsel sorunlar, iki diyaliz arası sıvı alımına bağlı nefes darlığı, uyku sorunları, iştahsızlık, bulantı, kusma orta düzeyde sorunlardandır. Şahin (2007:28) tarafından yapılan çalışmada hastaların %75'inde fizyolojik sorunlar (iştahsızlık, kas krampları, halsizlik/yorgunluk, tansiyon ve şeker düzeylerinde değişme, bulantı, kusma) görülmektedir.

Araştırmanın üçüncü alt amacı “Hemodiyaliz kadın hastalar hastalığa bağlı ekonomik kaynaklı ne tür sorunlar yaşamaktadır?” şeklindedir. Bu amaca göre yanıtlanan sorulara yönelik bulguların analizi yapılmıştır. Kadın hemodiyaliz hastalarının %58,6’sı harcamalarına yeteri kadar bütçe ayıramadığını ifade etmiştir. Bu durum maddi sıkıntı yaşadıklarının bir göstergesidir. Gelir durumları hastalık varlığı nedeniyle değiştiği de düşünülürse, gelir düzeylerine göre gider oranının yüksek olduğu yorumlanabilir. Uğurlu Yıldız (2010:41) tarafından yapılan çalışmada hastaların %67,9’u gelirlerinin giderlerini karşıladığı bulgusuna ulaşılmıştır. Hastaların %22,9’unun hastalık sebebiyle işini kaybettiği, %11,4’ünün emekliliği tercih etmek zorunda kaldığını, %2,9’unun mesleğini değiştirmek zorunda kaldığını, %2,9’unun iş yerindeki statüsünün değiştiğini, %18,6’sının başka birine ekonomik açıdan bağımlı olduğunu, %34,3’ünün borçlarında artış olduğunu ifade etmiştir. Eryiğit Günler (2011:163) tarafından yapılan çalışmada hastaların %3,6’sının işini kaybettiği, %9,5’inin emekli olmak zorunda kaldığı, %0,9’unun işini değiştirmek zorunda kaldığı, %0,2’sinin iş yerindeki statüsünün değiştiği, %39,1’inin iş yaşamında herhangi bir değişiklik olmadığı tespit edilmiştir. Mutlu (2007:64) tarafından yapılan çalışmada hastaların %40,2’sinin iş durumunun etkilenmediği, %26,5’inin malulen emekli olmak durumunda kaldığı, %23,9’unun işsiz kaldığı belirlenmiştir. Buna göre çalışmamızda hastaların hastalıkla beraber iş yaşamında olan değişimin yönü daha çok olumsuz yöndedir. İş hayatında yaşanan bu değişim hastaların psikososyal durumlarını da etkilemektedir. Toplumda bilinen kimlikleri, sosyal varlığı zedelenmektedir. Ekonomik olarak sıkıntıya düşürmektedir.

Ekonomik olarak yaşanan sorunları ortaya çıkarmak amacıyla hastaların harcamalarında yaşanan sorunlara ilişkin bulgular değerlendirilmiştir. %57,1’inin kendi evinde yaşadığı için kira harcaması olmadığı %32,9’unun eğlence, boş zaman aktiviteleri ve spor harcamaları zaten olmadığı belirlenmiştir. İlaç kullanım bedeli harcamaları, mutfak harcamaları, fatura giderleri, tatil ve keyfi harcamalarında yüksek oranda, kişisel gereksinime yönelik harcamalarda %41,4’ünün ve ulaşım harcamalarının da %48,6’sının, %38,6’sının eğlence, boş zaman aktivitelerine yönelik harcamalarda sorun yaşadığı tespit edilmiştir.

Araştırmanın dördüncü alt amacı “Hemodiyaliz kadın hastalar hastalık sürecini nasıl değerlendirmektedir?” şeklindedir. Kadın hemodiyaliz görüşme formu içerisindeki hastalık süreci ile alakalı bulgular ve hastalığı değerlendirme ölçeği ile ilgili bulgular

alt amaç doğrultusunda değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamında hastalık sürecine dair bilgilerin yer aldığı kısımda hastaların tedavi sürecinde oluşan düşünceleri ve görüşleri yer almaktadır. Toplanan veriler sonucunda hastaların %34,3'ünün hastalığıyla ilk karşılaştığı zamanlarda her ne kadar stres ve kriz durumu yaşasa da bu hastalığın süreğen bir durum olduğunu anlamıştır. Hastalığının farkına varıp, olumsuz etkilerini en aza indirecek şekilde yaşamaya çalıştığını belirtmiştir. Yani hastalık ve tedavi sürecinde nelerin kendine iyi geldiği, hangi durumların kendinde olumsuz komplikasyonlara yol açtığını bilerek kendi yaşamını düzenlemektedir. Hastaların %30'u tedavi sürecinde tinsel düşünce ağır basmaktadır. Buna göre Allah'ın takdiri, kaderi oluşunu düşünerek, sabır göstermeliyim düşüncesi ile hareket etmektedir. Bu hastalığın kendisi için imtihan olduğunu, hastalıkla sınındığını, her şeyin Allah'tan geldiğini, bu dünyanın geçici olduğunu, sabır göstererek imtihanı başarıyla geçeceğini düşünmektedir. Hastaların %17'si hastalığı kabullendiğini, uyum sağlamaya çalıştığını ifade etmiştir. Bu ifade ile hastalığın kaçınılmaz bir gerçek olduğunu, artık başına geldiğini, bununla yaşamayı öğrenmek zorunda olduğunu anlatmaya çalışmaktadır. Hastaların %8'i bu hastalığı neden ben yaşıyorum diye düşünüyorum ve zaman zaman isyan ediyorum ifadesini kullanmıştır. Bu ifade ile hastalar, hastalıkla karşılaştıkları ilk stres ve kriz anında yaşadığı kabullenememe evresini sürdürmektedir. Bu durumu yaşamayı hak etmediğini, bu hastalığı yaşayacak hiçbir şey yapmadığını, böyle yaşamak istemediğini göstermektedir. Ocak (2002:47)'e göre hastalarının hemodiyalize ilişkin duygu ve düşüncelerin dağılımı incelendiğinde %37'sinin kabullendiği, %39,7'sinin kendisi için sıkıntı ve engellenme hissettiği, %45,2'sinin diyalize bağlılık ve zorunluluk hissettiğini ifade etmiştir.

Araştırma kapsamında kadın hemodiyaliz hastalarına uygulanan hastalığı değerlendirme ölçeğine göre hastaların hastalık ve hastalık sürecini değerlendirmelerine ilişkin bulgular yorumlanmıştır. Kadın hastalar, kronik böbrek yetmezliği hastası ve hemodiyaliz hastası olmayı değerlendirmiştir. Günlük yaşamını, arkadaşları ve ailesi ile birlikte vakit geçirmeyi, iş hayatını, okul hayatını ve ev işlerini tamamen etkileyen bir durum olarak ifade etmiştir. Hastalığı zarar veren, tehlike ve tehdit içeren bunun yanında bu olumsuz durumlarla mücadele etmek ve meydan okumanın gerekliliğini düşünen bir hemodiyaliz hastası profili çizmiştir. Hastalığın süreğen bir durum olduğu kalıcı olarak hayatında yer edinen bir gidişatı olduğunu ifade etmektedir. Kalıcı olarak böbrek hasarı, geri dönüşümsüz organ kaybı hastalara bunu

göstermektedir. Hastalığın fiziksel aktiviteyi kısıtlayan, gücü azaltan, sağlıklı olan vücudu bozan, organizmada değişime yol açan, bu durumu daha da ilerleten bir durum olarak değerlendirilmiştir. Hastalar üzerinde bu sürecin yarattığı stres puanı yüksek bulunmuştur. Her diyaliz öncesi sıvı alımının belirlenmesi, hangi sağlık personelinin sağlık bakımını vereceğinin bilinmemesi, diyaliz seansı başlangıcında iğne girişimi sebebiyle ağrı ve acının oluşabilmesi, o gün ki diyaliz seansında oluşabilecek komplikasyonlar hasta için stres kaynaklarından birkaçıdır.

Yaşanan hastalık ve tedavi süreci hastalar tarafından hastalığın başına geleceği tahmin edilmediği ifade edilmiştir. Hastaların çoğunluğu hastalık oluşma sebepleri arasında kendi ihmalleri ya da kendilerinin yol açtığı bir durumdan kaynaklandığını düşünmemektedirler. Bu süreçte ve devamındaki hayatlarında hastalar hiçbir şeyin eskisi gibi olmayacağını ve hiçbir şeyin yoluna gireceğini düşünmemektedirler. Hastaların büyük çoğunluğu bu hastalığın kalıcı bir durum olduğunu, iyileşmeyeceklerini bildiklerinden dolayı tekrar kronik böbrek yetmezliği hastalığının nüksetme durumu olmadığı kanaatinde olduklarını ifade etmişlerdir. Hastaların bir kısmı da bu hastalık sebebiyle farklı ikinci bir hastalığa da yakalanma ihtimalleri olduğunu ifade etmiştir.

Hastalar bu süreçte kısıtlamalara ve tedavinin zorluğuna rağmen davranışlarında bağımsız olmaya kararlı olduğunu ifade etmiştir. Hastalığı kabullenerek, hastalık hakkında bilinçlenerek, bilgi edinerek, tedavi ve bakım için harekete geçmek gerektiğini ifade etmişlerdir. Hastalıkla beraber hayatında önem verdiği şeylerin, önceliklerinin değiştiğini, bu önem verdiği şeyler hakkında söylenecek çok şey olduğuna inandığını ifade etmiştir. Genel kanı olarak sağlığın ve diyalize bağımlı olmadan yaşamının önemini anlatmak istediklerini vurgulamışlardır. Hastaların büyük çoğunluğu hastalığın ve tedavi sürecinin üstesinden gelecek enerji ve sabra sahip olduğunu belirtmiştir. Fakat %20'si bu sabra sahip olmadığını, enerjisinin tükendiğini, artık sabrı kalmadığını ifade etmiştir. Kadın hastaların yarısından çoğu genel durumdan ve şu an ki uğraştığı işlerdeki tavır ve tutumlarından memnun olduğunu belirtmiştir. %22,9-%25,7'si buna hayır cevabı vererek genel durumunun hasta olmadan önce daha iyi olduğunu, şimdiki halinden hiç memnun olmadığını, %12,9-%15,7'si bir ölçüde olduğunu, bu şekilde idare ettiğini, elinden geleni yaptığını ifade etmiştir.

Araştırmanın beşinci alt amacı “Hemodiyaliz kadın hastalar diyaliz sürecine bağlı ne tür kısıtlılıklar yaşamaktadır?” şeklindedir. Bu amaca göre yanıtlanan sorunun alt maddelerine yönelik bulguların analizi yapılmıştır. Hastaların yüksek oranlarla %98,6’sının sürekli ilaç kullanımına bağlı kısıtlılıklar, %92,9’u beslenme kısıtlılığı, %95,7’si diyaliz ünitesine ve diyaliz makinasına bağımlı olma, %97,1’i spor ve bedensel aktivitelerde yavaşlama, azalma, %87,1’i seyahat ve tatil kısıtlılığı, %65,7’sinin sosyal yaşam ve etkileşimde azalma en çok zorlanılan kısıtlama durumlarıdır. Aile içi ilişkilerde kopukluk ve çatışma, iş yaşamında kısıtlılık, cinsel yaşamın kısıtlılığı da orta düzeyde yaşanan kısıtlılıklar olarak ifade edilmiştir. Araştırmamıza göre hastaların büyük bir çoğunluğu fiziksel kısıtlamaları önemseydiği ve sorun olarak ifade ettiği görülmektedir. Acar (2018:65) tarafından yapılan çalışmada hastaların beslenme kısıtlılığı olarak %36,4’ ünün diyet, %37,3’ ünün sıvı kısıtlamasına, %50,8’ inin sürekli ilaç kullanımı gibi kısıtlılıkları yaşam tarzı olarak benimsediği ortaya koyulmuştur. Alagöz Mamaş (2018:33) tarafından yapılan çalışmada kadın hastaların spor ve bedensel aktivitelerinden yavaşlama, azalma ve buna bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerini etkilediği görülmüştür. Koçer (2006:44)’in yaptığı çalışmada kadın hastaların fiziksel kısıtlılığının düzeyi yüksek çıkmıştır. Çelik (2018:42) tarafından yapılan çalışmada tedavi sürecinde en çok zorlandığı durumun beslenme kısıtlılığı olduğu belirlenmiştir. Eryiğit Günler (2011:179-180)’e göre %23,3’ü beslenme kısıtlılığı, %10,7’si aile içi ilişkiler ve arkadaşlık ilişkilerinde sorun, %5,5’i hem cinsel yaşam kısıtlılığı hem de aile içi ve arkadaşlık ilişkilerinde sorun, %3,6’sı hem tatil ve seyahat kısıtlılığı hem de aile içi ve arkadaşlık ilişkilerinde sorun, %2,4’ü iş yaşamında kısıtlılık, %2,4’ü boş zaman faaliyetlerinde kısıtlılık yaşadığını belirtmektedir.

Araştırma kapsamında kadın hemodiyaliz hastalarının hastalığın oluşma sebebinin tıbbi sebepler haricinde neden olduğunu düşündüğü sorgulandığında büyük çoğunluk kader ve Allah’ın takdiri olduğunu düşünmüştür. Bu durumun tinsellik açısından düşünmesi hastaların dini inançlarına bağlı olması olarak yorumlanabilir. Devamında sadece tıbbi sebepler nedeniyle olduğunu düşünen hasta grubu ikinci çoğunluktur. Var olan hastalığının devamı olarak görmektedir. Kendi hataları, ihmali ya da ailesinin ihmali de bir diğer hastalığın sebebinin algılama biçimidir.

Araştırma kapsamında kadın hemodiyaliz hastalarını hastalık sürecinde en çok kaygılandıran durumun gelecek kaygısı olduğu belirlenmiştir. Buna göre hastaların

daha farklı hastalıkla karşılaşp karşılaşmayacağını, sürecin nasıl ilerleyeceğini, hastalığın başka nasıl etkileri ile karşılaşacağını bilmediğini, gelecekte bakımının nasıl sağlanacağını, gelecek ile ilgili endişe duyduğunu yorumlayabiliriz. Bir diğer kaygı durum ölüm korkusudur. Hastalar bu süreçte kronik bir hastalıkla yüz yüze kaldığından diğer sağlıklı insanlara göre ölümün daha yakın olduğunu hissetmektedir. Bu da ölüm korkusunu artırmaktadır. Bir diğer kaygı durumu ise ümitsizliktir. Hastaların bir kısmı kalıcı ve süreğen bir hastalıkla yaşadıklarını bilmektedir. Bu durumda iyileşmenin mümkün olmadığı, artık eskisi gibi olmayacağını bilmektedir. Bir diğer kaygı durumu ekonomik problemlerdir. Hastaların bir kısmı hastalık ve tedavi süreci sebebiyle gelirlerinde düşüş yaşanması (iş kaybı, zorunlu emeklilik sebebiyle maaşın azalması) ya da hastalık sebebiyle masrafların artması ekonomik kaygıya yol açmaktadır. Hastaların hastalık sürecinde terkedilme, sosyal dışlanma hissettiği diğer kaygı durumlarıdır. Hastalar bu süreçte tedavinin zamana yayılması ve etkilerinden, hasta olduğunu kimsenin bilmesini istemediğinden dolayı eskisi gibi sosyal ortamında yer alamamaktadır. Bu durum toplumdan izole olmasına, yalnızlaşmasına ve dışlanmasına sebep olmaktadır. Çocukları, eşi tarafından hasta olduğu için terkedilme, bakımını sağlayamama, elden ayaktan düştükten sonra başkalarına muhtaç olmaktan, kimsenin sahip çıkmamasından korkmaktadırlar.

Araştırma kapsamında yer alan kadın hemodiyaliz hastalarına hasta olmadan önceki ve hasta olduktan sonraki kendilerini değerlendirilmeleri istenmiştir. Hastaların en çok belirttiği ifadeler yorumlanmıştır. Hasta olmadan önce hayat dolu neşeli, hasta olduktan sonra artık öyle olmadıklarını ifade etmiştir. Bu durum çökkün ruh hallerinin olduğu, mutsuz olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bir diğer ifadeleri ise hasta olmadan önce her işi kendileri yapabildikleri hasta olduktan sonra yapamadıklarıdır. Bedensel aktivitelerin azalması ve yavaşlaması ile hastalar fiziksel birçok işini yerine getirememektedir. Diğer sosyal aktivitelerini haftanın üç günü diyaliz seansı sebebiyle vakit bulamama, seans sonrası halsizlik yorgunluk sebebiyle yerine getiremeyebilir. Yüksek oranda ifade edilen bir diğer ifadeleri ise hasta olmadan önce hareketli aktif biriydim, hasta olduktan sonra mahkûm olduğunu, aktifim kısıtlanmış gibi hissediyorum, her istediğimi yapardım şimdi yapamıyorum, gezerdim seyahat ederdim şimdi sokağa bile çıkamıyorum şeklindedir. Hastalar daha önce bir sağlık bakım merkezine ya da sağlık bakım personeline bağlı değil idi. Hastalıkla beraber hemodiyaliz merkezine, hemodiyaliz cihazına belirli gün ve saatlerde bağımlı olmak

zorunda kalmıştır. Belirli bir diyet uygulaması, beslenme kısıtlılığı, yer değişikliği yapmak istediğinde elinin kolunun bağlı olması hastanın hayatında yeni bir düzene alışmasına sebep olmuştur. Bir anda belirli kısıtlama ve kalıba giren hasta bireyin hastalığı bu şekilde değerlendirdiği sonucuna varılabilir. Hastaların değerlendirmesine göre bir diğer ifade çocuktum çocukluğumu gençliğimi yaşayamadım büyüdüm şeklindedir. Küçük yaşlarda bu hastalığa yakalanan ve hemodiyaliz tedavisine başlayan hastalar diğer akranları gibi okula gitmek, özgürce dışarda oyun oynayabilmek, arkadaşlarıyla vakit geçirmek gibi durumları kısıtlı olarak yaşamıştır. Hastalığına göre yön vererek günlük hayatını, geleceğini düzenlemiştir. Yaşanan bu süreçlerin beraberinde getirdiği durum hastaların genel iyilik halini, hastalık sürecini ve psikososyal durumunu her açıdan etkilemektedir.

Araştırma kapsamında kadın hastaların hastalık sürecine dair bilgilerin incelendiği bulgulara göre hastaların yarısından çoğu bu hastalığın neden kendi başına geldiğini sorguladığı belirlenmiştir. Bu durumu hak etmediğini neden başkası değil de kendisi yaşadığını, bu durumdan çok üzgün olduğunu ifade etmişlerdir. Hem hastalık hem de diyaliz tedavisinin oluşturduğu olumsuz durumlar ve güçlükler karşısında hastaların büyük bir kısmının baş etme yönteminin olduğunu görmekteyiz. Baş etme yöntemi olarak en çok ibadet etmeyi tercih ettikleri görülmüştür. Bu durum Allah'ın takdiri ve kadere bağlandığı, bunun bu dünyada bir sınav olduğu ve sabrının sınandığı şeklinde düşünüldüğü sonucuna varılabilir. Diğer çoğunluğun baş etme yöntemi olarak kitap okuma, aileye sığınarak destek alma, el işi yaparak günü geçirme, evcil hayvanları ile vakit geçirerek karşılıksız sevginin gücünü hissetme, kendini mutlu edecek işlere, hobilere yönelme, televizyon izleme, torunları ile vakit geçirme, bakımında yardımcı olma gibi baş etme yöntemlerini tercih etmektedir. Hiçdurmaz (2005:34) tarafından yapılan çalışmada hastaların %66,5'inin hastalıkla etkili bir şekilde baş ettiği ortaya koyulmuştur. En fazla kullanılan baş etme yönteminin dine yönelme olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma ile araştırmamızın sonuçları örtüşmektedir.

Araştırma kapsamında yer alan hastaların hastalığının teşhisi ve sonrasında en çok çocuklarından destek aldığı, ikinci olarak eşinin en çok destek verdiği, anne ve kardeşlerin de destek sürecinde hastaların bir kısmında önem arz ettiği görülmektedir.

Araştırmanın altıncı alt amacı "Hemodiyaliz kadın hastaların hastalığa ve tedaviye bağlı toplumsal cinsiyet temelli rollerinde ne tür sorunlar yaşamaktadır?" şeklindedir.

Hastaların %54,3'ünün annelik rolünde, %88,6'sının ev kadınlığı rolünde, %50'sinin akrabalık rolünde, %65,7'sinin bireylik rolünde geri planda kaldığı sonuçları ortaya koyulmuştur. Hastalar hastalık sürecinde en çok geri planda kaldığı toplumsal cinsiyet rollerinden annelik rolü kapsamında; çocuklarına yeteri kadar vakit ayıramadıklarını, diyalizden yorgun ve halsiz geldiklerini, bir süre kendine gelemedikleri için hep uyuduklarını, çocuklarının özel günlerini takip edemediklerini, küçük çocuğu olanların derslerine yardımcı olmakta geri planda kaldıklarını, çocuklarına onların bakım vermesi gerektiği halde daha çok çocuklarının onlara bakım verdiğini ifade etmişlerdir. Bu durumda annelik rolü başkaları tarafından giderilmek istenebilir. Fakat bu rolü her zaman yerine getirebilecek kişi olmayabilir. Çocukların anneden mahrum kalması birçok olumsuz süreci beraberinde getirebilir. Ev kadınlığı rolü kapsamında; ev işlerini yeterince yapamadığını, temizlik, yemek vb. işleri yerine getiremediğini, misafir ağırlayamadığını ifade etmiştir. Akrabalık rolü kapsamında ise; hasta olmadan önce görüştüğü akrabaları ile artık eski sıklıkta görüşemediğini, evine davet edemediğini, evlerine ziyarette bulunamadığını ifade etmiştir. Bireylik rolü kapsamında ise hasta bireyin toplum, aile, arkadaşları arasındaki rolleri, bir birey olarak toplum içindeki görünümünü, vatandaş olarak görevlerini, günlük yaşam içindeki rollerinden geri kaldığı ifade edilmiştir. Hastaların %37,1'i eş rolünü yerine getirmekte geri kaldığını hem eşine vakit ayırmakta hem de cinsel olarak eşine yaklaşmakta sorun yaşadığını söylemiştir. %15,7'sinin evli olmadığı için eş rolü olmadığını ifade etmiştir. %55,7'sinin mesleki rolü olmadığını, geri kalan hastaların %17,1'inin mesleki rolünü yerine getiremediğini, %74,3'ünün toplumsal rollere sahip olmadığı, geri kalan hastaların %15,7'sinin bu rolleri yerine getiremediğini ifade etmiştir. Araştırmamızın sonucuna göre hastalık sebebiyle hastalarımızın çoğunun toplumsal cinsiyet rollerinden annelik rolü, ev kadınlığı rolü, akrabalık rolü, bireylik rolü büyük oranda geri planda kaldığını söyleyebiliriz. Eryiğit Günler (2011:161-170)'in 422 diyaliz hastası ile yaptığı çalışmada hastaların %42,6'sı ebeveynlik rolünden kısmen ya da tamamen geri planda kaldığını, %53,3'ü mesleki rollerini kısmen ya da tamamen yerine getiremediğini, %36'sının kısmen ya da tamamen eş rollerinden geri planda kaldığını ifade etmiştir. Mutlu (2007:59) 'nun yaptığı çalışmaya göre hastaların %33,3'ünün toplumsal rol ve sorumluluklarını yerine getiremediğini belirlenmiştir.

Sonuç olarak son dönem böbrek yetmezliği tanısı almış, hemodiyaliz tedavisi gören hasta birey hem hastalık sürecinde hem de hemodiyaliz tedavi sürecinde birçok kayıpla karşılaşmaktadır. Bunun sonucunda fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarla karşılaşmaktadır. Yaşanan kriz ve strese bağlı olarak organ işlev kayıpları, iş kaybı, aile içi sorunları yaşanması, sosyal ve psikolojik olarak problemler yaşanmaktadır (Çuhadar, Sertbaş, 2004:27-31). Hemodiyaliz hastaları; hastalığın belirtileri ve hemodiyaliz işleminin getirdiği olumsuz etkiler ile baş etmek, sürekli yeme ve içme konusunda kısıtlanmak, bedeninde oluşan değişime uyum sağlamak, hastalık sürecinde belirsizliğin verdiği tedirginlikle yaşamak, bireysel, toplumsal, mesleki rol ve amaçları yeniden düzenlemek gibi süreçleri yaşamaktadır (Erten, Sağduyu,1998:13-22).

Kronik böbrek yetmezliği hastalığının ve hemodiyaliz sürecinin başlamasıyla beraber yaşamında aniden gelişen değişikliklere karşı kabul ve uyum süreci yaşayabilmektedir. Bu süreçte gelişen psikosoyal süreçleri, sosyal destek sistemleri hastaların hastalığı nasıl değerlendirdiğinin ortaya koymaktadır. Bu çalışmada kadın hemodiyaliz hastaların hastalığı değerlendirme biçimi sosyal hizmet perspektifinden incelenerek ortaya koyulmuştur. Hastalar hastalığı kalıcı, bağımlılık yapan ve günlük hayatını etkileyerek, çöküntüye uğratan, mücadele edilen bir durum olarak değerlendirilmiştir. Uygulamalı bir bilim olan sosyal hizmet bireyin tam bir iyilik halinde olmasını göz önünde tutar. Hastalar hastalık sürecinde günlük yaşam aktivitelerinde aksamalar yaşadıklarını, toplumsal cinsiyet rollerini ve sorumluluklarını yerine getiremediklerini, sosyal yaşamdan izole olduklarını, hasta olmadan önceki hallerinden olumsuz yönde çok daha farklı olduklarını, hastalık sürecinde birçok kısıtlamaya uymak zorunda olduğu ortaya koyulmuştur. Bu noktada kadın hasta bireyin bu süreçlere sağlıklı bir şekilde uyum sağlayarak, psikosoyal süreçleri desteklenmelidir. Yani sadece hemodiyaliz ünitesine gelip, hemodiyaliz tedavisinin uygulanıp, tıbbi bakımının sağlanması dışında sosyal işlevselliği sağlanarak toplumda kadın olarak statüsünün sağlanması, kendi güçlü yönlerini keşfederek, eksik ve yetersiz kadın duygusundan sıyrılması, benlik saygısının güçlendirme odaklı sosyal hizmet uygulamalarının yapılması değerlendirilmiştir.

Hastalık ve hastalık sürecinde hasta bireyin dışında en çok etkilenen kişilerin aile bireyleri olduğu da bilinmektedir. Diyaliz merkezine gidiş geliş süreçleri, tedavi ve ilaç kullanımının takibi, öz bakımının sağlanması ve takibi, beslenme ve sosyal

yaşama katılımı diğer aile üyelerinin birebir şahit olduğu ve bu sürece aktif olarak katıldığı söylenebilir. Aile içi rollerde değişim, ev ortamındaki değişen dengeler hasta ve ailesini en çok etkileyen durumlardır. Bu süreçte hasta ve ailesi odaklı çalışmalar yapılarak, psikososyal süreçleri desteklenmelidir.

Bu araştırma Türkiye’de sadece kadın hemodiyaliz hastalarının örneklem alınarak sorunlarının ve hastalığı değerlendirmelerinin analiz edildiği tez olma özelliğini taşımaktadır.

5.2.Öneriler

Kadın hemodiyaliz hastaları kapsamında yapılan araştırma sonuçlarına göre sosyal hizmet perspektifinde mikro, mezzo ve makro düzeyde öneriler geliştirilmiştir.

5.2.1. Kadın Hemodiyaliz Hastaları ile İlgili Mikro Düzeyde Öneriler

- Kadın hemodiyaliz hastalarının güçlü olan yönleri ve psikosoyal becerileri, mesleki becerilerini dikkate alan sosyal hizmet uygulamaları geliştirilmelidir.
- Kadın hemodiyaliz hastalarının toplumsal alanda yaşadıkları sorunları çözebilmesi için kendini tanıması ve özelliklerini, yapabileceklerinin farkına varması, eksik ve yetersizlik duygusundan arınması, benlik saygısının tekrar kazandırılarak önce kendi kendinin kabul etmesi daha sonra toplum içerisinde kabulünün sağlanması amaçlı sosyal hizmet müdahaleleri geliştirilip uygulanmalıdır.
- Kadın hemodiyaliz hastalarının yaşam alanları diyaliz üniteleri olarak sınırlandırılmamalıdır. Nefrolojik sosyal hizmet kapsamında hastaların yaşam alanları daha geniş tutularak kadın hastaların tüm süreçleri mesleki müdahalelere dahil edilmelidir.
- Araştırma sonucunda ortaya çıkan iş yaşamının ve günlük yaşamında yer alan faaliyetlerin sınırlandırılması hastaları olumsuz yönde etkilemektedir. Eğitim durumuna, mesleki durumuna, yeteneklerine göre hastaların geliştirilmesine yönelik etkinlikler sağlanabilir.
- Hastalık nedeniyle işini kaybeden, gelir getirici mesleği olmayan ya da hastalık nedeniyle gelir getirici bir işte çalışmayan kadın hastalara yönelik fırsatlar

tanınabilir, diyaliz seansları ile uyumlu hastalığını ve tedavi sürecini olumsuz yönde etkilemeyen gelir kaynakları oluşturulabilir.

- Kadın hemodiyaliz hastalara sorun çözme konusunda bireysel çalışmalar yapılarak bu alanda güçlü kılınmaları sağlanabilir.
- Baş etme mekanizması olduğunu belirten kadın hastaların genel olarak ev yaşamında dair sorunlarla baş etme yöntemlerini uyguladığı, bulunduğu alan içerisinden dışarı çıkmadan, yeni yönlerini keşfetmeden daha önce de var olan faaliyetlerini sürdürdükleri görülmektedir. Hastaların kabuğundan sıyrılarak hastalık ve tedavi sürecinin olumsuz yönde etkilemeyecek yeni baş etme yöntemleri bulması için yönlendirilmeli, bu amaçla mesleki müdahalelerde bulunulmalıdır.
- Hastalık ve tedavi sürecinde stres faktörlerinin belirlenerek en az düzeye indirilmesi, danışmanlık almak istediği konularda, hastalık ile ilgili merak ettiği, sormak istediği fakat yanlış anlaşılmaktan, katı söylemlere maruz kalmaktan çekindiği için geri planda kalabilmektedir. Görüşme esnasında kadın hastaların hastalık ve hastalığın etkileri ile ilgili birçok konuda bilinçlenmek istediği, aslında sadece diyalize gelip giderek bir şeyleri öğrendiği ifade edilmiştir. Hastalara bu anlamda günlük yaşamları, beslenme ve diyet düzenlemeleri, öz bakım ve enfeksiyon kontrolleri, fistüllü kolun ya da kataterin bakımı, psikososyal süreçlerinin düzenlenmesi açısından, hemodiyaliz ve hastalık süreci ile alakalı eğitim ve seminerler düzenlenmeli, bilinç seviyesi ve hemodiyaliz tedavisinin efektif olma durumu en üst düzeye çıkarılmalıdır.

5.2.2. Kadın Hemodiyaliz Hastaları ile İlgili Mezzo Düzeyde Öneriler

- Kadın hemodiyaliz hastalarının birlikte yaşadığı sosyal sistemlerle ilişkileri yeniden düzenlenip, güçlendirilebilir. Aile içi, iş ortamı, arkadaşlık ve komşuluk ilişkilerinde oluşan düzensizlik, kopukluk ve çatışma durumları saptanarak mesleki müdahalelerde bulunulmalıdır.
- Kadının hastalık ve tedavi süreci ile mücadelesi esnasında toplumsal yaşamda sağlıklı olarak rol ve sorumluluklarını yerine getirmesinde aksamalar yaşanmaktadır. Kadın hastalık sürecinde hem tedavinin olumsuz etkilerini en aza indirmek hem de evinin, ailesini ve toplumun ona atfettiği rolleri ve

sorumluluklarını yerine getirmeye çalışmaktadır. Bu da kadının yükünü her açıdan artırmaktadır. Geri planda kaldığı roller yüzünden toplumdan dışlanmaktadır. Bireyi çevresinde içinde ele alarak çevresini de bu hastalık sürecine dahil ederek, hastalığın etkileri açısından bilinçlendirilmelidir.

- Hastaların kendileri için yararlı olan sivil toplum kuruluşlarından, kendi hasta grupları ve diğer hasta hemodiyaliz hastası bireyler ile ortak bir platformda yer alabileceği kurum ve kuruluşlardan haberdar olmadıkları anlaşılmıştır. Hastalık ile ilgili bilinçlenme, tedavi sürecinin etkinliği, diğer hemodiyaliz hastaları ile tanışma, dertleşme, ortak paydada buluşma, görüşmeler ve arkadaşlıklar oluşturma, sosyal aktiviteler düzenleme ve katılma amaçlı kurulan dernek ve kuruluşlar ile ilgili yönlendirmeler sağlanabilir.

5.2.3. Kadın Hemodiyaliz Hastaları ile İlgili Makro Düzeyde Öneriler

- Hemodiyaliz tedavisi uygulanan ünitelerde, sağlık merkezlerinde hastaların psikososyal müdahalelerin uygulanacağı alanlar bulunmamaktadır. Ayrıca bu uygulama için olarak belirlenen bir zaman dilimi bulunmamaktadır. Diyaliz etkinliğinin tam olarak sağlanabilmesi ve hastaların bütüncül olarak sağlığının korunabilmesi için sosyal hizmet müdahalesi ve uygulamalarına yer verilmelidir.
- Kronik böbrek yetmezliği hastası olma, hemodiyaliz tedavi süreci sağlık sisteminde en zor hastalık gruplarından biridir. Hastalığın boyutları, hastalığın tüm etkilerinin ortaya koyulduğu çalışmalar bir araya getirilmeli ve uygulamaya dönük politikalar geliştirilmelidir.
- Hemodiyaliz hastaları hem tatil yaptığı hem de seyahat ettiği tatil diyalizi uygulamasının tüm diyaliz hastalarının haberdar olması ve ulaşılabilirliğinin sağlanması, sadece belirli yerler ve belirli kontenjanlar dışında tüm ülke kapsamında seyahatler sağlanması yönünde bütçe, mekân, yer değişikliği uygulamaları ile alakalı adımlar atılmalıdır.
- Hastaların diyaliz merkezlerine geliş ve gidişleri hastanenin ya da diyaliz merkezine ait servis aracı ile sağlanmaktadır. Bazı hastaların yaşadıkları yerler ulaşım açısından çok uzak olduğu için ya da sağlık kurumları açısından maliyetli olması sebebiyle tüm hastalara servis hizmeti sağlanamamaktadır. Hastalar diyaliz seanslarına kendi imkanları ile gidip kendi imkanları ile

evlerine dönmektedir. İntradiyalitik süre içinde hastanın bir sonraki seansına kadar genel iyilik halinde bozulmalar olabilmektedir. Diyaliz tedavisi sonrası tedavinin yan etkilerinden olan halsizlik, yorgunluk, bulantı, kusma, kas krampları, tansiyon ve şeker düşüklüğü yaşayabilir. Her iki durumda da hastanın tek başına yürüyerek ya da toplu taşıma kullanarak evine ulaşması hastayı en kötü şekilde etkiler. Maddi olarak bu giderleri kendi sağlaması hemodiyaliz tedavisinin sıklığı ve sürekliliği göz önünde bulundurulduğunda mümkün olmayabilir. Ülke genelinde sağlık merkezlerinin gerek mali açıdan gerek servis aracı ve servis personeli sağlanması ile tüm diyaliz hastalarının hemodiyaliz merkezlerine ulaşımının ve tüm hastaların da bu durumdan faydalanması öncelikli olmalıdır.

Son olarak bu araştırma sadece kadın hemodiyaliz hastaları ile görüşme sağlanarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklem grubu ve araştırma içeriği genişletilerek daha kapsamlı bir çalışma yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Acar, D. (2018). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Tedaviye Uyumlu İlişkili Faktörler: Anksiyete, Depresyon, Hastalık Algısı. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Aydın.
- Adak, N. (2012). Sosyal Bir Kurum Olarak Sağlık. Güçlü, S. (Der.) *Kurumlara Sosyolojik Bakış*. İstanbul: Çalış Ofset.
- Adaylar, M. (1995). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalıktaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz-bakım Yönelimleri. (Doktora Tezi). T.C. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı: İstanbul.
- Akbal, A. (2008). Sağlıkın Değişen Anlamı. Kasapoğlu, A. (Der.) *Madalyonun İki Yüzü: Sağlık ve Hastalık*. Ankara: Phoenix.
- Akdemir, N., Birol, L., (2003). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayını.
- Akın, A., Demirel, S. (2003). Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Halk Sağlığı Özel Eki, 25(4):73-82*.
- Akoğlu, E., Süleymanlar, G. (2003) Kronik Böbrek Yetmezliği. G. İliçin, K. Biberoglu, G. Süleymanlar, S. Ünal (Der.) *İç Hastalıkları-1*. Ankara: Güneş.
- Akpolat, T., Yalçın A.U. (2001). Kronik Böbrek Yetmezliği, Akpolat, T., Utaş, C. (Der.) *Hemodiyaliz Hemşire El Kitabı*, İstanbul: Güzel Sanatlar.
- Akpolat, T., Utaş, C. (2001). Hemodiyaliz Hastasında Sık Karşılaşılan Sorunlar. Akpolat, T., Utaş, C. (Der.). *Hemodiyaliz Hemşire El Kitabı*, İstanbul: Güzel Sanatlar.
- (2008). Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler. Akpolat, T., Utaş, C. (Der.) *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*, Samsun: Ceylan Ofset.
- (2008). Diyaliz: Genel Bilgiler. Akpolat, T., Utaş, C. (Der.). *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*, Samsun: Ceylan Ofset.
- Alagöz Mamaş, H. (2018). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin ve Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalı: Samsun.
- Arık, N., Sungur, C., Ersoy, F., Süleymanlar, G. (2003). Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavisi, İliçin, G., Biberoglu, K., Süleymanlar, G., Ünal, S. (Der.) *İç Hastalıkları*, Ankara: Güneş Kitabevi: 1308-1340.

- Armay, Z. (2006) Hastalık Algısı Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Asan, T. (2007). Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hastaların Ailelerinin Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ay, F. (2013). Mesleki Temel Kavramlar. Ay, F. (Der.). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, İstanbul: Nobel.
- Aydemir Ç., Cebeci S., Göka E., Kasım., Tüzer V. (2002). Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar. *Kriz Dergisi*, 10(2):29-40.
- Aydın, E. (2014). Hemodiyaliz Hastalarının Sosyotropik Otonomik Kişilik Özellikleri ile Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Ankara.
- Bakoğlu E, Şekerci K, Yaman S, Çevik M. (2009). Periton Diyalizli Hastalarda Öz-Bakım Gücü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,4(11):65-78.
- Baltaş, Z. (2008). *Sağlık Psikolojisi, Halk Sağlığında Davranış Bilimleri*, İstanbul: Remzi.
- Belek, İ., Nalçacı, E., Onuroğulları, H., Ardıç, F. (1998). *Türkiye İçin Sağlık Tezi*, İstanbul: Sorun.
- Bhasin, K. (2003). *Toplumsal Cinsiyet "Bize Yüklenen Roller"*. (K. Ay, Çev.) İstanbul: Kadav Yayınları.
- Bilgili, N., Akın, A. (1998). Uluslararası Kararlarda Kadın Konusu. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 3(4):12.
- Bilgin, E. (2018). Sığınma Evinde Kalan Kadınların Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutumları ve Yardım Arama Davranışlarının İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Hacettepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü: Ankara.
- Burcu, E. (2015). *Engellilik Sosyolojisi*. Ankara:Anı.
- Brun, C., Rapp, R.C. (2001). Strengths-based Case Management: Individuals' Perspectives On Strengths and Case Manager Relationship. *Social Work* 46(3): 278-288.
- Ceylan, B. (2007). Şizofreni ve Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

- Chan, R., Brooks, R., Erlich, J., Gallagher, M., Snelling, P., Chow, J., Suranyi, M. (2011). Studying psychosocial adaptation to end-stage renal disease: The proximal-distal model of healthrelated outcomes as a base model. *Journal Psychosom Research*. 70(5):455–464.
- Çamur Duyan, G. (2006). Sosyal Hizmet Bakış Açısından Yoksul Kadınlar: Altındağ Örneği. (Doktora Tezi). T.C. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Ankara.
- Çelik, A. (2018). Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı: Erzurum.
- Çelik, G. (2010). Kütahya İlinde Hemodiyaliz Uygulanan Olguların Sosyodemografik Verilerinin Değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 8(3): 144-149.
- Çiftçi, A., Çiftçi Ö.Ü., Kaya, C. (2012). Kronik Böbrek Hastalığı ve Beslenme: *Türk Klinik Laboratuvar Dergisi*,3(2): 54-57.
- Cimilli, C. (1994). Hemodiyalizin Psikiyatrik Yönleri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 3 (3), 88.
- Cirhinlioğlu, Z. (2015). *Sağlık Sosyolojisi*, İstanbul: Nobel.
- Çuhadar D., Sertbaş G. (2004). Diyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Görülen Psikiyatrik Sorunlar. *Hemşirelik Forumu Dergisi*,7(3):27-31.
- Council of Nephrology Social Worker (CNSW), (2014). Standards of Practice for Nephrology Social Work (6th ed).New York: National Kidney Foundation. https://www.kidney.org/sites/default/files/CNSW%20SOP%206th%20Ed_FIN_AL_July2014.pdf [26.12.2019].
- Cüceloğlu, D. (2005). *İnsan ve Davranışı*. İstanbul: Remzi.
- Çorapçıoğlu Özdemir, A., (2006). İnfertilitenin Ruhsal İzdüşümleri. *Türkiye Klinikleri Journal Of İnternal Medical Sciences*, 2(47): 34-40.
- Demirağ, S. A. (2009). Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi, *Sağlıklı Yaşam Dergisi*, 1:58-62.
- Demirel, G., Yılmaz, H., Görçin, B. (2001). Hemodiyaliz Hastalarında Lokomotor Sistem Bulguları. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 47(1): 47-53.
- Dobrof, J., Dolinko, A., Lichtiger, E., Uribaldi, J., Epstein, I. (2001). Dialysis Patient Characteristics And Outcomes: The Complexity Of Social Work Practice With The End Stage Renal Disease Population. *Social Work Health Care* 33(3-4):105.

- Doğan S., Kelleci M. (2004).: Fiziksel Hastalık Nedeniyle Hastanede Yatan Bireylerin Bazı Tanı Gruplarına Göre Umutsuzluk Düzeyleri. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 13(52):23-37.
- Dökmen, Z. Y. (2010). *Toplumsal Cinsiyet: Sosyal Psikolojik Açıklamalar*. Remzi Kitabevi.
- Duyan, V., Sayar, Ö. Ö., Özbulut, M. (2008). *Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak*. Ankara: Öncü Basımevi
- Dünya Sağlık Örgütü Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı Sağlık Bakanlığı, 2010, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t1.pdf> [21.03.2019].
- Ekin, İ.H. (2019). Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Doyumu ile Benlik Saygısı İlişkinin İncelenmesi ve Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahalesi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü: Sivas.
- Erdem, N., Karabulutlu, E., Okanlı, A., Tan, M. (2004). Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu: *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* ISSN:1303-5134: 1-22.
- Erdem, S. (2018). Diyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Kognitif Fonksiyonlar ile Depresyon Arasındaki İlişki. (Tıpta Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği: Kayseri.
- Erten Y., Sağduyu A. (1998). Hemodiyalize Giren Böbrek Hastalarında Ruhsal Bozukluklar, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(1):13-22.
- Enç, N. (2005). Kronik Böbrek Yetmezliği ve Cinsel Fonksiyon, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 1:18-20.
- Erkoç, R. (2003). Hemodiyaliz Sırasında Oluşan Komplikasyonlar. Bozfkıoğlu S., (Der.) *Diyaliz El Kitabı*, (3. Baskı), Ankara: Güneş Kitap Evi.
- Eryiğit Günler, O. (2011). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalığa Bağlı Toplumsal Rol Değişimi Beklenti ve Sorunları: Bir Sağlık Sosyolojisi Çalışması. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Selçuk Üniversitesi: Konya.
- Fadıllıolu, Ç., Yıldırım Kuzeyli Y. (2003). Diyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *Çınar Dergisi*, 9(1): 24-27.
- Fitzpatrick, R., Fletcher, A. Jones, D., Spiegelhalter, D, Cox, D. (1992). Quality of Life Measures in Health Care. I: Applications And Issues in Assessment. *British Medical Journal* 205(6861):1074-1077.
- Giddens, A. (2008). *Sosyoloji*, (C. Güzel, İ. Yılmaz, Çev.). İstanbul: Kırmızı.

- Global Status Report On Noncommunicable Diseases, 2014: 1-141
<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>[24.02.2019].
- Gölgeli H., Tezcan F. (2006). Diyaliz Hastalarının Sürekli Öfke ve Öfke İfade Düzeyleri. *Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi*,15(4),47.
- Güllü, B.E. (2012). Prediyaliz Kronik Böbrek Yetmezlikli Seksüel Aktif Bireylerde Seksüel Fonksiyonun Değerlendirilmesi, Depresyon, Yaşam Kalitesi, Hormonal Durumun Seksüel Disfonksiyon Üzerine Etkilerinin Belirlenmesi. (Tıpta Yan Dal Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Nefroloji Kliniği: Bursa.
- Gülseven B, Oğuz S. (2011). Kronik Durumlar. A. Karadakovan, F. Eti Aslan (Der.) *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Adana: Nobel Kitapevi.
- Hiçdurmaz, D. (2005). Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Baş Etme Biçimlerinin Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Ankara.
- Karadeniz, D. (2007). Böbreğin Temel Fonksiyonları. Gedikli Gençler, F., Gökmen Kobek, N., Tola, Y., Uygur, E., Yeşiltepe Kaçar, G. (Der.). *Hemodiyaliz Hemşireliği Uygulamaları*, İstanbul: Özlem Grafik Matbaacılık,187.
- Illich, I. (2011). *Sağlığın Gaspı* (S. Sertabiboğlu, Çev.) İstanbul: Ayrıntı.
- Kazancıoğlu, R. (2013). Periton Diyalizinde Hasta Eğitimi ve Periton Diyalizi Hemşiresinin Rolü, Ersoy, F. (Der.), *Periton Diyalizi Başvuru Kitabı* Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- KDIGO, Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2018 Kdigo Clinical Practice Guideline For Acute Kidney Injury. Kidney International Supplement, 2018: 1-79). <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO-2018-Hep-C-GL.pdf> [24.11.2019].
- Kara, G. (2007) Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum: Çok Yönlü Bir Yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*, 49: 132-136.
- Karasar, N. (2012). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel.
- Kısa, A. (2012). Kronik Hastalıklarda Ekonomik Sorunlar ve Yönetimi, Durna, Z. (Der.) *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Kıvrak, B. (2008). Diyaliz ve Renal Transplantasyon Hastalarında Beden İmajı Algısının Kişilerarası İlişkiler Açısından İncelenmesi, (Yüksek Lisans Tezi). T.C. İstanbul Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: İstanbul.
- Koçer, Z.M. (2006). Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. (Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı: Afyon.

- Koray, M. (2011). Avrupa Birliği ve Türkiye’de Cinsiyet Eşitliği Politikaları. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2: 13-54.
- Kuş, E. (2012). *Nicel Nitel Araştırma Teknikleri*. Ankara: Anı.
- Küçük, L. (2005). Diyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar: *Türk Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi*, 14(4):166-170.
- Levy, J., Morgan, J., Brown, E. (2002). Böbrek Yetmezliği Olan Yeni Hasta, *Oxford Diyaliz El Kitabı*. (İ. Uslan, Çev.), İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Lopes, AA., Bragg, J., Young, E., Goodkin, D., Mapes, D., Combe, C. Piera, L., Held, P., Gillespie, B., Port, F. K., (2002). Depression as a Predictor of Mortality And Hospitalization Among Hemodialysis Patients in USA And Europe. *Kidney International* 62 (1): 199-207.
- Menteş Çınar, S. (2000) Hemodiyaliz Komplikasyonları Akoğlu, E., Mentеш Çınar, S., Tuğlular, S., (Der.) *Hemodiyaliz Hemşire El Kitabı*, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Ankara, 27-60.
- Mercanlıgil, S. M. (2018). Böbrek Hastalıklarında Beslenme. Baysal, A., Aksoy, M., Besler, H.T., Bozkurt, N., Keçecioğlu, S., Kutluay Merdol, T., Pekcan, G., Yıldız, E. (Der.), *Diyet El Kitabı*, Ankara: Hatiboğlu.
- Mollaoğlu M. (2005): Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Özbakım Gücü ve Depresyon, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 14(2):55-59.
- Mutlu, E. (2007). Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Nadir, I., Topçu, S., Gültekin, F., Yöнем, Ö. (2002) Kronik Böbrek Yetmezliğinde Etiyolojik Değerlendirme. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 24(2):62-64.
- Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri. A. Şirin, S. Emre, (Ed.), *Böbrek Yetersizliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri,1198-1203.
- Ocak, Z. (2002). Hemodiyaliz Hastalarında Yalnızlık ve Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Bolu.
- Oxaal, Z., Cook, S. (1998). Health and Poverty Gender Analysis, Briefing Prepared For The Swedish International Development Co- operation Agency, Brighton.
- Öngen, B., Aytaç, S. (2013). Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları ve Yaşam Değerleri İlişkisi. *Sosyoloji Konferansları*, No:48: 1-18.

- Özabacı, N. Erkan, Z. (2019). *Aile Danışmanlığı Kuram ve Uygulamalara Giriş*, Ankara: Pegem.
- Özçelik Adak, N. (2015). *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*, Ankara: Siyasal.
- Özyiğit S, Yıldırım Y, Karaman E. (2016). Hemodiyaliz Hastalarında Ağrı. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 25 (1): 88-94.
- Özçürümez, G., Tanrıverdi, N., Zileli, L. (2003). *Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri*. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14 (1): 72 – 80.
- Pak, M. D. (2017). *Kronik Hastalıklar ve Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları*, Özden, S.A., Özcan, E. (Der.), *Tıbbi Sosyal Hizmet*, Ankara: Nobel Yayıncılık.
- (2017). Nadir Hastalıklarda Sosyal Hizmetin Rolü. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 27(3):8
- Polat, Ü. (2011). İleri Evre Kanser Hastalarında Semptom Yönetiminde Bakım Veren Roller ve Destek Gereksinimleri, *Türk Onkoloji Dergisi*, 26 (4):193-198.
- Sağduyu, A., Şentürk, V., Sezer, S., Emiroğlu, R., Özel, S. (2006). Psychiatric Problems, Quality of Life, and Compliance in Patients Treated with Haemodialysis and Renal Transplantation. *Türk Psikiyatri Dergisi* 17(1): 1-10.
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı 2014-2017, 2014:12, <http://www.nefroloji.org.tr/pdf/TurkiyeBobrekHastaliklariOnlemeveKontrolProgrami.pdf> [25.11.2019].
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı 2014-2017, 2014:1-9, <http://www.nefroloji.org.tr/pdf/TurkiyeBobrekHastaliklariOnlemeveKontrolProgrami.pdf> [20.03.2020].
- Saleebey, D. (1997). Introduction: Power In The People. The Strengths Perspective In Social Work Practice, 2: 3-20.
- Serdengeçti, K. Altıparmak M.R. (2011). Kronik Böbrek Yetersizliği. Altıparmak, M.R., Hamuryudan, V., Sonsuz, A. Yazıcı, H. (Der.) *Cerrahpaşa İç Hastalıkları Cilt 1*, İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
- Sever, Ş.M., Koç, Z. (2006). *Böbrek Hastalıkları İçin Diyet El Kitabı*, İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi.
- Seyrek, N. (2001). Gebelik ve Diyaliz Tedavisi. Akpolat, T., Utaş, C. (Der.) *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*, Kayseri: Anadolu.
- Sezen, A., Temiz, G., Güngör, D. (2014). *Yoğun Bakım Hemşireliği*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri :357-398.

- Sezer, M.T., (2010). Psikiyatrik Sorunlar. Akpolat, T., Utaş, C. (Der.) *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*, Samsun: Ceylan Ofset.
- Soyer, İ.D. (2015). Diyaliz Öncesi ve Diyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezlikli Olgularda Sağlık Anksiyetesinin Değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Celal Bayar Üniversitesi. İç Hastalıkları Anabilim Dalı: Manisa.
- Soylu, G. (2018). Hemodiyaliz Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaların Psikolojik Dayanıklılığının Yaşam Kalitesine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü: Ankara.
- Süleymanlar, G. (2007). Kronik Böbrek Hastalığı ve Yetmezliği Tanımı, Evreleri ve Epidemiyolojisi: *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(38):1-7.
- Süleymanlar, G., Serdengeçti, K., Altıparmak, M., Seyhani, N. (2010). *Türkiye’de Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2009*, İstanbul: Metris.
- Süleymanlar, G., Ateş, K., Seyahi, N. (2019). *Türkiye’de Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2018*, İstanbul: Miki.
- SFBTA. Solution Focused Treatment Manual For Working With Individuals. (2013). www.semanticscholar.org [07.07.2020].
- Şahin, S. (2007) Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Umut-Umitsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyleri. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Kayseri.
- Tanık N. (2006). Multipl Skleroz’da Depresyon ve Hastalık Parametreleri ile İlişkisi, (Tıpta Uzmanlık Tezi), T.C. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anabilim Dalı: Van.
- Tanrıverdi, M.H., Karadağ, A., Hatipoğlu, F.Ş. (2010). Kronik Böbrek Yetmezliği: *Konuralp Tıp Dergisi*, 2(2): 27-32).
- Tanyi, R.A., Werner, J.S. (2008). Toward A Trajectory of Adjustment in Women With End-Stage Renal Disease On Haemodialysis. *Journal of Clinical Nursing* 17(5): 43-50.
- Tijerina, M.S. (2009). Mexican American Women’s Adherenci To Hemodialysis Treatment: A Social Constructivist Perspective. *Social Work* 54(3):232-242.
- Tire, O. (2017). Toplumsal Cinsiyet Rollerini Açısından Türkiye’de Kadın Yoksulluğu. *Mavi Atlas Dergisi* 5(1): 97-112.
- Thomas-Hawkins, C., Zazworsky, D. (2005). Self-Management of Chronic Kidney Disease, *American Journal of Nursing* 105 (10): 40-48.
- Tola, Y., (2007) Psikososyal Sorunlar. Gençer, F., Kobek, N., Tola, Y., Uygur, E., Kaçar, G. (Der.) *Hemodiyaliz Hemşireliği Uygulamaları 2. Edisyon*, İstanbul: Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Derneği Yayınları.

- Tomanbay, İ. (1999). *Sosyal Çalışma Sözlüğü: Toplumbilim, Ruhbilim, Eğitim, Yöntembilim, Nüfusbilim, Hukuk ve Ekonomi Boyutlarıyla*. Ankara: Selvi Yayınevi.
- Topbaş, E. (2015). Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri ve Evrelere Özgü Bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(1): 53-59.
- Tuncay, T. (2007). Kronik Hastalıklar Baş Etmede Tinsellik. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 17(2): 13-20.
- (2009). Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi. (Doktora Tezi). T.C. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Türkmen, F. (2002). *Hemodiyaliz Seminer El Kitabı*. İstanbul: Deniz Ofset Matbaacılık.
- Türk Nefroloji Derneği Data Raporu 2007, <http://www.nefroloji.org.tr/index.php> [20.09.19].
- World Health Organization, http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/ [21.03.2019].
- WHO. Constitution of the World Health Organization. (2006), www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. [01. 03.2020].
- Türkmen, A. (2007). Renal Transplantasyon. Büyüköztürk, K. (Der.), *İç Hastalıkları*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Türkmen, E. (2012). Kronik Hastalıklar ve Önemi. Z. Durna (Der.) *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel.
- Uğurlu Yıldız, A. (2010). Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Yaşam Tarzı Değişikliği Müdahalesinin Yaşam Kalitesine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). TC. Karaelmas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı:Zonguldak.
- Ünal B. (2001). Periton Diyalizinde Hasta ve Hasta Ailesinin Tedaviye Uyumu, *Çınar Dergisi* 7(2): 40-46.
- Weick, A., Rapp, C., Sullivan, W.P., Kisthardt, W. (1989). A Strengths Perspective For Social Work Practice, *Social Work*, 34(4): 350-354.
- Yaman, M.Ö., Karakulak, K., Dağlar, F. (2015). *Kavramlar ve Kavramlar Bağlamında Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak*, İstanbul: Açılım Kitap Pınar Yayınları.

Yavuz, E. (2018). Diyaliz Hastalarının Aile İşlevselliğinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Ankara.

Yıldırım, B. (2017). Bir Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması: Hemodiyaliz Hastaları Üzerine Bir Etkileşim Grubu Planlama. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 1(2): 64-73.

Zastrow, C. (2010). *Sosyal Hizmete Giriş*: Nika.

Zengin, O. (2015). Nefrolojik Sosyal Hizmet: Kronik Böbrek Yetmezliğinde Sosyal Hizmet Uygulaması. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*,25(3):221-226.

----- (2015). Çözüm Odaklı Kısa Terapi Yaklaşımına Dayalı Sosyal Hizmet Müdahalesinin Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Psikososyal Uyum Düzeylerine Etkisi. (Doktora Tezi). T.C. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Zengin, O., Yıldırım, B. (2017). Hemodiyaliz Hastalarının Psikososyal Sorunların İlişkin Algıları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 26(1): 67-73.

EKLER

EK 1- Etik Kurul Kararı

Dokümanın ve Sayısı: 26/02/2019-E.922



Sayı : 20292139-050.01.04
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Nur Seda ÇAYMAN
Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Kurulumuz 19.02.2019 tarihinde toplanarak, "Sosyal Hizmet Perspektifinden Kadın Hemodiyaliz Hastaların Hastalığını Değerlendirmeleri Üzerine Bir Araştırma" başlıklı araştırmanızda kullanmak üzere kurula sunmuş olduğunuz Etik Kurul Başvuru Formunuzu onaylayarak imza altına almıştır. Araştırmanızın Etik Kurul Onay Formu ekte yer almaktadır. Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı

Ek: Etik Kurul Onay Formu (3 sayfa)

26/02/2019 Yönetici Asistanı

: Zeyneb Funda TEZ


Mevcut Elektronik İmzalar

Nasuh USLU (Etik Kurulu Başkanlığı - Kurul Başkanı) 26/02/2019 11:34
Adres :Halkalı Caddesi No: 2 Küçükçekmece/Istanbul
Telefon No : 444 97 98 Faks No: +90 (212) 693 82 29
E-Posta : bilgi@izu.edu.tr İnternet Adresi: www.izu.edu.tr
Kep : izu@hs01.kep.tr

Ayrıntılı Bilgi : Zeyneb Funda TEZ
Unvan : Yönetici Asistanı
Tel : 2126929606



19.02.2019 tarihli ve 2019/02 sayılı Etik Kurul Kararı ekidir.

 Istanbul Zaim Üniversitesi	İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU														
ARAŞTIRMA ETİK KURUL ONAY FORMU															
Tarih:	19.02.2019														
Sayı:	2019/02														
Ekler:	EK 1: Başvuru Dilekçesi EK 2: Etik Davranış Beyan Formu EK 3: Anketler (10 sayfa) EK 4: Etik Kurul Başvuru Formu														
Yer:	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Rektörlüğü														
İlgi:	Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'nün 07.02.2019 tarihli ve 666 sayılı yazısı														
Katılımcılar:	<table><tr><td>1. Prof. Dr. Nasuh USLU</td><td>Kurul Başkanı/Rektör Yardımcısı</td></tr><tr><td>2. Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ</td><td>Üye/Dekan V.</td></tr><tr><td>3. Prof. Dr. Mehmet KUTLU</td><td>Üye/Dekan V.</td></tr><tr><td>4. Prof. Dr. Mustafa ATEŞ</td><td>Üye/Dekan V.</td></tr><tr><td>5. Prof. Dr. Ömer ÇAHA</td><td>Üye/Müdür V.</td></tr><tr><td>6. Prof. Dr. Yahya Kemal YOGURTÇU</td><td>Üye/Öğretim Üyesi</td></tr><tr><td>7. Bilal ŞAMAT</td><td>Üye/Hukuk Müşaviri</td></tr></table>	1. Prof. Dr. Nasuh USLU	Kurul Başkanı/Rektör Yardımcısı	2. Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ	Üye/Dekan V.	3. Prof. Dr. Mehmet KUTLU	Üye/Dekan V.	4. Prof. Dr. Mustafa ATEŞ	Üye/Dekan V.	5. Prof. Dr. Ömer ÇAHA	Üye/Müdür V.	6. Prof. Dr. Yahya Kemal YOGURTÇU	Üye/Öğretim Üyesi	7. Bilal ŞAMAT	Üye/Hukuk Müşaviri
1. Prof. Dr. Nasuh USLU	Kurul Başkanı/Rektör Yardımcısı														
2. Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ	Üye/Dekan V.														
3. Prof. Dr. Mehmet KUTLU	Üye/Dekan V.														
4. Prof. Dr. Mustafa ATEŞ	Üye/Dekan V.														
5. Prof. Dr. Ömer ÇAHA	Üye/Müdür V.														
6. Prof. Dr. Yahya Kemal YOGURTÇU	Üye/Öğretim Üyesi														
7. Bilal ŞAMAT	Üye/Hukuk Müşaviri														
Planlanan araştırma önerisi özeti aşağıdaki gibidir.															
Araştırmanın Niteliği:	Yüksek Lisans Tezi														
Araştırmanın Başlığı:	Sosyal Hizmet Perspektifinden Kadın Hemodiyaliz Hastalarının Hastalığına Değerlendirmeleri Üzerine Bir Araştırma														
Araştırmacılar ve adres bilgisi:	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Sosyal Hizmet Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Nur Seda ÇAYMAN E-posta: nurseda.cym@gmail.com Telefon No:05397491141 Adres: İstasyon Mahallesi Söğütlü Sokak No:6 Daire:4 Halkalı/Küçükçekmece/İSTANBUL														
Araştırmanın Süresi (ay):	Araştırmanın süresi 12 ay olarak planlanmıştır.														
Araştırmanın Amacı:	Bu çalışmanın temel amacı; kadın hemodiyaliz hastalarının hastalık süresince yaşadığı psiko-sosyal ve ekonomik kaynaklı sorunlar ile, diyaliz tedavisine bağlı kısıtlılıkları, hastalığın kadının çeşitli rollerinde (birey, eş, anne, çalışan kadın gibi) yarattığı değişimler ve hastalığı ile baş etme yollarının ve hastalığı nasıl değerlendirdiklerinin, nefrolojik sosyal hizmet ve güçlendirme yaklaşım temelli sosyal hizmet müdahalesi ile ortaya konulmasıdır. Bu bağlamda çalışmanın soruları ve alt amaçları şunlardır: 1. Hemodiyaliz kadın hastalar hastalığa bağlı psiko-sosyal kaynaklı ne tür														

Mus

id

1 / 3

AR

19.02.2019 tarihli ve 2019/02 sayılı Etik Kurul Kararı ekidir.

	<p>sorunlar yaşamaktadır?</p> <p>2. Hemodiyaliz kadın hastalar hastalığa bağlı ekonomik kaynaklı ne tür sorunlar yaşamaktadır?</p> <p>3. Hemodiyaliz kadın hastalar hastalık sürecini nasıl değerlendirmektedir?</p> <p>4. Hemodiyaliz kadın hastalar diyaliz sürecine bağlı ne tür kısıtlılıklar yaşamaktadır?</p> <p>5. Hemodiyaliz kadın hastaların hastalığa ve tedaviye bağlı toplumsal cinsiyet temelli rollerinde ne tür sorunlar yaşamaktadır?</p>
Araştırma Etiği:	<p>Yapılacak olan araştırma ile bilimsel olarak ortaya konulacak çalışmanın verilerini toplanacak ve toplanan verilerin sonuçları bilimsel amaçlar kapsamında kullanılacaktır. Araştırmaya katılımın zorunlu olmadığı ve gönüllülük esasına dayandığı, araştırmaya katılan bireylerin kimliklerinin ve araştırma sorularına verilen cevapların tamamen gizli tutulacağı görüşme formları başlangıç kısmında yer almaktadır.</p>
Araştırmada Kullanılacak Ölçme Araçları (adları):	<p>Önceden hazırlanmış olan Kadın Hemodiyaliz Hasta Görüşme Formu ve Mc Adams ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilen, Türkiye’de Mahmure ADAYLAR tarafında 1995 yılında geçerlilik ve güvenilirliği gerçekleştirilen Hastalığı Değerlendirme Ölçeği (Meaning of İllness Questionare ‘MIQ’) kullanılacaktır.</p>
Araştırmaya Katılacak Örneklem Sayısı, Örneklem Nereden ve Nasıl Seçileceği:	<p>Araştırma ilişkisel tarama modeli olup, iki veya daha fazla sayıdaki değişken arasındaki ilişkilerin varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan bu tarz modelin çalışmanın (Karasar, 1986) amacına uygun olacağı düşünülmüştür. Karşılaştırma amacıyla herhangi bir kontrol grubu kullanılmamıştır.</p> <p>Araştırmanın evreni hastanelerden tüm diyaliz hasta kadınlarıdır. Araştırmanın verileri aşağıda isimleri yer alan hastanelerden alınacak örneklemden toplanacaktır. (Veriler kronik böbrek yetmezliği tanısı almış, haftanın belirli günlerinde hemodiyaliz tedavisi gören, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalardan toplanacaktır).</p> <p>Araştırmanın Yürütülmesi Planlanan Hastaneler:</p> <p>Bahçelievler Türk Böbrek Vakfı Memorial Hizmet Hastanesi</p> <p>Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi</p> <p>Beylikdüzü Koç Diyaliz Merkezi</p>

2 / 3

19.02.2019 tarihli ve 2019/02 sayılı Etik Kurul Kararı ekidir.

	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Samatya) İstanbul Hamidiye Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Araştırmacı veri toplama araçlarını kullanarak yüz yüze görüşmeler yoluyla verilerini toplayacaktır.
Uygulamanın veya Ölçeklerin Doldurma Süresi	Uygulama ve ölçeklerin doldurulma süresi 3 ay olarak planlanmıştır.
KARAR	ARAŞTIRMA İSTANBUL SABAHATTİN ZAIM ÜNİVERSİTESİNİN ETİK DURUŞUNA AYKIRI DEĞİLDİR.

Tarih: 19/02/2019

Sayı: 2019/02

İlgi: Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğünün 07.02.2019 tarihli ve 666 sayılı yazısı

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu tarafından hazırlanmıştır.



Başkan
Prof. Dr. Nasuh USLU



Üye
Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ



Üye
Prof. Dr. Mustafa ATEŞ

(İzinli)

Üye
Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞUTÇU



Üye
Prof. Dr. Mehmet KUTLU

(İzinli)

Üye
Prof. Dr. Ömer ÇAHA



Üye
Av. Bilal ŞAMAT

EK 2- Kurum İzni



TÜRK BÖBREK VAKFI

30 yıl

13 Mayıs 2019

İlgili Makama

T.C. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi'nin 19/02/2019 tarih ve 2019/02 sayılı Etik Kurul kararı çerçevesinde "Sosyal Hizmet Perspektifinden Kadın Hemodiyaliz Hastalarının Hastalığını Değerlendirmeleri Üzerine Bir Araştırma" başlıklı çalışmanın Türk Böbrek Vakfı Ahmet Ermiş Diyaliz Merkezi'nde yapılması uygun bulunmuştur.

Saygılarımızla,

Lütfi Kona

Türk Böbrek Vakfı

Vakıf ve Diyaliz Merkezleri Koordinatörü



Bahçelievler Mahallesi, Güneş-1 Sokağı, No:2, 34180 Bahçelievler / İstanbul

T: (212) 507 99 50 | F: (212) 505 08 37 | tbv@tbv.com.tr | www.tbv.com.tr



Vakfımıza Bakanlar Kurulu'nun 22/11/1989 tarih ve 89/14784 sayılı kararı ile vergi muafiyeti tanınmıştır.

EK 3- Ölçek İzni

22.09.2020 Screenshot_20200922_002602_com.google.android.gm.jpg

Turkcell %100 00:26

← [Download] [Trash] [Email] [More]

M **Mahmure AYGÜN** 5.11.2018
Alıcılar: ben ▾

Sayın Nur Seda Cayman,
Doktora tezimde geçerlik güvenirliğini yapmış olduğum MIQ ölçeğini araştırmanızda kullanabilme konusundaki onay talebinizi aldım. Çalışmanızda ilgili ölçeği kullanmanız konusunu onaylıyor ve başarılar diliyorum. Ekli dosyada ölçekle ilgili genel bilgiler bulunmaktadır. İyi çalışmalar.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmure Aygün

nur seda cayman <nursedacym@gmail.com>, 2 Kas 2018 Cum, 19:19 tarihinde şunu yazdı:

Alıntılanan metni göster

Meaning of Illness Questionnaire(MIQ)- Hastalığı Değerlendirme Ölçeği
Mc Adams ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilen bu ölçek hastanın hastalığı verdiği özel anlamları ortaya koymak amacıyla düzenlenmiştir. (McAdams D.B. & Smith M. (1987). An initial assessment of suffering in terminal illness. *Palliative Medicine* 1, 37-47. Browne G.B., Byrne C., Roberts J., Steiner G., Fitch M., Carey P. & Arora N. (1988) The meaning of illness questionnaire: reliability and validity. *Nursing Research* 37(6), 369-372.)

Ölçek, bireylerin hastalık durumunda düşünce ve tutumlarını belirlemede primer olarak hastalarına verdikleri/zafettikleri değerleri ve sekonder olarak hastalıkla baş etmek için kullanılan kaynakları değerlendirmek üzerine tasarlanmıştır.

PDF MIQ.pdf [Download] [Share]

https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#sent?projector=1 1/1

EK 4- Hastalığı Değerlendirme Ölçeği

Meaning of Illness Questionnaire(MIQ)- Hastalığı Değerlendirme Ölçeği

Mc Adams ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilen bu ölçek hastanın hastalığına verdiği özel anlamları ortaya koymak amacıyla düzenlenmiştir. (McAdams D.B. & Smith M. (1987). *An initial assessment of suffering in terminal illness. Palliative Medicine* 1, 37-47. Browne G.B., Byrne C., Roberts J., Streiner D., Fitch M., Corey P. & Arpin K. (1988) *The meaning of illness questionnaire: reliability and validity. Nursing Research* 37(6), 368-373.)

Ölçek, bireylerin hastalık durumunda düşünce ve tutumlarını belirlemede primer olarak hastalıklarına verdikleri/atfettikleri değerleri ve sekonder olarak hastalıkla baş etmek için kullanılan kaynakları değerlendirmek üzerine tasarlanmıştır.

Hastalığı değerlendirme ölçeğinin teorik alt yapısı, Lazarus ve Folkman'ın stres durumlarının bilişsel değerlendirilmesi ile ilgili çalışmalarına dayandırılmıştır. Lazarus ve Folkman, hastalığı anlamlandırma-değerlendirmede, öz kaynakları tüketen, öz kaynakları aşan durumlar karşısında kişi tarafından gerçekleştirilen bilişsel ve davranışsal bir çaba olarak "başa çıkma/baş etme" davranışı üzerine çalışmışlardır. Hem Lazarus ve Folkman'ın çalışmalarında ve hem de Robert, Browne ve arkadaşlarının çalışmalarında hastanın hastalığına uyumundaki değişkenlerin açıklanmasında bireyin bu duruma yüklediği "anlam ve değer" in başa çıkma davranışından daha güçlü ve açıklayıcı olduğu belirtilmiştir. (Lazarus, R.S., Folkman, S.(1984). *Coping and adaptation. In W.D. Gentry(Ed.), Handbook of behavioral medicine(pp.282-325). New York: The Guilford Press. Lazarus, R.S., Folkman, S.(1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Co.)*

Hastalığı değerlendirme ölçeği 32 maddeden oluşur. Bu 32 maddenin 2 tanesi açık uçlu sorudur (5 ve 6. Maddeler). Diğer 30 maddenin her biri 0'dan (kesinlikle değil) 6'ya (oldukça çok) değişen 7'li likert ölçeği kullanılarak derecelendirilmiştir (0-1: Hayır, 2-3-4: Bir ölçüde, 5-6 Evet, tamamen).

Browne ve ark. (1988) çalışmasında ölçeğin faktöryel yapısı 5 bölümde değerlendirilmiştir. Bu bölümler; hastalığın yaşama ve ilişkilere etkisi/ olumsuz tutum(zarar, tehdit, kayıp)/ stresin tipi ve baş etme kaynaklarının değerlendirilmesi/ olumlu tutum(mücadele, ümit, motivasyon ve kontrol)/ Beklentiler ve yeniden meydana gelme olasılığı şeklindedir. Maddelerin bölümlere göre dağılımı konusunda bilgi orijinal araştırmada yer almaktadır.

Benim yaptığım geçerlik-güvenirlik çalışmasında açık uçlu sorular olan 5 ve 6. soruları denekler yanıtlanmadığı için ölçek 30 sorudan oluşmaktaydı. Faktöryel yapısı 5 bölümden oluşuyordu. Maddelerin dağılımı orijinale yakın bir yapı göstermekle birlikte bazı farklılıklar da vardı.

Hastalığı değerlendirme ölçeğinin her bir maddesi bireyin hastalığına verebileceği farklı anlamları ortaya çıkarmak amacıyla düzenlenmiştir. Bu teorik tasarım nedeniyle bir toplam puan hesaplanmaz. Sonuçlar maddelere verilen yanıtlar(hastalığına verilen olumsuz veya olumlu değerlendirmeler) üzerinden yorumlanır. Sonuçların bir diğer yorumlanma yöntemi ise benzer testlerdeki(özellikle PAIS-SR) hastalığına kötü uyum veya iyi uyum puanları ile karşılaştırmalar şeklindedir.

HASTALIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların hastalık durumunda düşünce ve tutumlarını belirlemeye yönelik 32 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir şık için sizin yanıtınızı en iyi tanımlayan puanı daire içine alınız.

	Hayır/ Hiç		Bir Ölçüde				Evet/ Tamamen	
	0	1	2	3	4	5	6	
Hastalığınız şunları etkiledi mi?								
1. Günlük yaşamınızı,								
2. Arkadaşlarla birlikte olmanızı,								
3. Ailenizle birlikte olmanızı,								
4. İşinizi/Okulunuzu/Ev işlerinizi								
5. Diğer.....								
6. Diğer.....								
Hastalığınızı nasıl tanımlarsınız?								
7. (ZARAR VEREN) Size zarar veren bir şey.								
8. (Tehlike-Tehdit) Size zarar verebilecek bir şey.								
9. (Kayıp) Bir şeyleri yitirmenize yol açan bir şey.								
10. (Mücadele-Meydan okuma) Savaşabileceğiniz bir şey.								
Size göre bu hastalık:								
11. (Geçici) Bir süre sonra geçip gidecek bir durum.								
12. (Kalıcı) Devam eden bir durum, hayatınızın bir parçası.								
13. (Geçici-Kalıcı) Ara ara gelip gidecek bir durum.								
Size göre bu hastalık:								
14. (Kısıtlayıcı) Fiziksel aktiviteyi/gücü azaltan bir durum								
15. (Vücudu bozan) Kötüleşmeye doğru bir gidiş								
16. (Yıkıcı-vücudu geriletken) Daha da kötüleşmeye yol açan bir durum								
17. Hastalığınızın sizde yarattığı stres ve endişeyi puanlayın								
18. Doktorlar açıklamadan önce bu hastalığı tahmin etmiş miydiniz?								
19. Bu hastalığa yakalanmada sizin de bir parça rolünüz olduğunu düşünüyor musunuz?								
20. Her şeyin eskisi gibi olacağından emin misiniz (Ör. Tedavinin etkinliği açısından)?								
21. Bu hastalığa tekrar yakalanma ihtimali olduğuna inanıyor musunuz (veya buna benzer ikinci bir hastalığa)?								
22. Sizce her şey yoluna girecek mi?								
23. Bu hastalığa rağmen davranışlarınızda bağımsız olmaya kararlı mısınız?								
Hastalığınız açısından aşağıdakilerle ilgili hissettiklerinizi puanlayın:								
24. Bu hastalıkla baş etmek için birşeyler yapmalı veya bir şeyleri değiştirmelisiniz								
25. Bu hastalığı kabullenmelisiniz								
26. Harekete geçmeden önce daha fazlasını bilmeniz gerekiyor								
27. Yapmak istediklerinizle ilgili kendinizi frenlemelisiniz								
28. Hastalığınızdan bu yana önem verdiğiniz şeylerle ilgili değişiklik yaptığınızı düşünüyor musunuz?								
29. Önem verdiğiniz şeyler hakkında söylenecek çok şeyiniz olduğuna inanıyor musunuz?								
30. Bu işin üstesinden gelecek enerji ve sabıra sahip olduğunuzu hissediyor musunuz?								
31. Genel durumunuzdan memnun musunuz?								
32. Uğraştığınız işlerdeki tavrunuzdan memnun musunuz?								

EK 5- Kadın Hemodiyaliz Hasta Görüşme Formu

KADIN HEMODİYALİZ HASTA GÖRÜŞME FORMU

Değerli katılımcı,

Bu çalışma Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında yürütülmektedir. Bu çalışma ile Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören kadın hastalarının hastalığı değerlendirmelerinin incelenmesi hedeflenmektedir. Araştırma kapsamında 36 sorudan oluşan hasta görüşme formu ve 32 sorudan oluşan hastalığı değerlendirme ölçeği kullanılacaktır. Sadece anket formu uygulanacak olup herhangi bir girişimsel tanı, tedavi işlemi uygulanmayacaktır. Araştırmaya katılımının zorunlu olmadığını gönüllülük esasına dayandığını belirtmek isterim. Araştırma sorularının bilimsel çalışma için kullanılacağını, kimlik bilgilerinizin gizli tutulacağını belirtir, içten ve doğru yanıtlarınız için şimdiden teşekkür ederim. Lütfen size uygun olan seçeneğe X işareti koyunuz. Nokta koyularak boşluk bırakılan yerlere size en uygun cevabı yazınız.

Nur Seda ÇAYMAN

Sabahattin Zaim Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet

Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

1. TANITICI BİLGİLER

1.Yaşınız:.....

2. Medeni durumunuz nedir?

1. Hiç Evlenmemiş ()
2. Evli ()
3. Boşanmış ()
4. Eşi vefat etmiş ()
5. Terk edilmiş ()

3. Kaç yıldır evlisiniz? :.....

4. Çocuğunuz var mı?

1. Evet () ise çocuk sayısı.....
2. Hayır ()

5. Eğitim durumunuz nedir?

- 1.Okur yazar değil ()
2. Okur yazar ()
3. İlkokul ()
4. Ortaokul ()
5. Lise ()
6. Yükseköğretim ()

6. Herhangi bir mesleğiniz ya da işiniz var mı?

1. Evet ()
(ise nedir belirtiniz).....
2. Hayır ()

7. Herhangi bir gelir getirici işte çalışıyor musunuz?

1. Çalışıyorum () (çalışıyor iseniz işinizi belirtiniz).....
2. Çalışmıyorum ()
3. Emekliyim ()

8.Hastalıktan dolayı işinizi bıraktınız mı?

1. Evet ()
2. Hayır ()

9. Yaşamınızın büyük bir bölümünü nerde geçirdiniz?

1. Köy ()
2. İlçe ()
3. İl ()

10. Şu anda hastalığınız sebebiyle mi İstanbul'da bulunuyorsunuz?

1. Evet ()
2. Hayır ()

11. Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı?

1. Evet () (ise nedir belirtiniz)
2. Hayır ()

12. Aylık ortalama geliriniz ne kadar?:

13. Aylık geliriniz kim tarafından sağlanıyor? :.....

1. Çekirdek aile ()

2. Geniş aile ()

3. Parçalanmış aile ()

4. Diğer ()

14. Şu an yaşadığınız konutun tipi aşağıdakilerden hangisidir?

1. Apartman dairesi ()

2. Müstakil ()

3. Gecekondu ()

4. Diğer ()....

16. Evinizde sizinle birlikte yaşayan toplam kaç kişi var?

15. Şu an içinde yaşadığınız ailenin tipi aşağıdakilerden hangisidir?

2. KRONİK HASTALIĞA DAİR BİLGİLER

17. Kronik böbrek yetmezliği hastalığınızın ana sebebi nedir? (Tek seçenek olarak belirtiniz)

1. Bilinmiyor ()

2. Diabetes mellitus ()

3. Hipertansiyon ()

4. Glomerülonefrit ()

5. Böbrek taşı ()

6. Polikistik böbrek hastalığı ()

7. Pyelonefrit ()

8. Enfeksiyon ()

9. Akut böbrek yetmezliği ()

10. Sistemik lupuseritamosus ()

11. Bilmiyorum ()

12. Diğer ()

18. Ne kadar süredir böbrek yetmezliği hastasıdır? (Ay olarak belirtiniz):...

19. Hastalık tanısı konulduktan sonra tedaviye hemen başladınız mı?

1. Evet ()

2. Hayır () (ise nedenini belirtiniz)

.....

20. Kronik böbrek yetmezliği hastalığınız süresince hangi tedaviler uygulandı? (birden çok seçenek işaretlenebilir)

1. İlaç tedavisi ()

2. Periton diyalizi ()

3. B6brek nakli ()

4. Hemodiyaliz ()

**21. Şu an haftada kaç g6n
hemodiyaliz tedavisi g6r6yorsunuz?**

1. Bir()

2. İki()

3. 6()

4. D6rt ve daha fazla()

**22. Kronik b6brek yetmezliği
hastalığı haricinde başka bir
hastalığınız var mı?**

1. Evet () (ise nedir belirtiniz)

2. Hayır ()

3. HASTALIK SÜRECİNE DAİR BİLGİLER

23. Hastalıkla yaşamaya başladıkça tedavi sürecinde sizde oluşan düşünce aşağıdaki seçeneklerden hangisidir? (tek seçenek işaretleyiniz)

1. Allahın takdiri, kaderim olduğunu düşünüyorum ve sabır göstermeliyim ()
2. Bu hastalığı neden ben yaşıyorum diye düşünüyorum ve zaman zaman isyan ediyorum ()
3. Hastalığımı kabullendim ve uyum sağlamaya çalışıyorum ()
4. Hastalığının farkına varıp, olumsuz etkilerini ez aza indirecek şekilde yaşamaya çalışıyorum ()

24. Kronik böbrek yetmezliği tanısı alıp hemodiyaliz tedavisi sürecinde yaşadığınız psikososyal sorunlar nelerdir?

Psikososyal Sorunlar	Evet	Hayır	Fikrim Yok
Hastalığım sebebiyle üzüntülüymüm			
Hastalığım sebebiyle sağlığımın daha kötüleşmesinden korkuyorum			
Hastalığının oluşturduğu olumsuz etkiler konusunda endişeliyim/kaygılıyım.			
Hastalığım ile sosyal çevremden izole oldum/yalnız kaldım.			
Sürekli stresli ve gerginim			
Diyaliz makinasına bağımlı ve vücudumun bir parçası olarak hissediyorum			
Hastalığım ile sürekli kavga eden biri haline geldim			
Hastalığım sebebiyle sürekli huzursuzum			
Hastalığım ile beraber dikkat dağınıklığım ve konsantrasyon güçlüğü oluştu			
Hastalığım, fiziksel değişimimle beraber kendime olan güvenimi kaybetmeme sebep oldu			
Hastalığım ile birlikte aile içi ilişkilerimde ve rollerimde değişim oldu			

25. Kronik böbrek yetmezliği tanısı alıp hemodiyaliz tedavisi sürecinde ekonomik açıdan yaşadığınız sorunlar nelerdir? İşaretleyiniz.

Yaşanan Sorunlar	Evet	Hayır	Yanıtsızım
Hastalığım sebebiyle işimi kaybettim.			
Zorunlu olarak emekliliği tercih etmek zorunda kaldım.			
Hastalığım nedeniyle mesleğimi değiştirmek zorunda kaldım.			
Çalıştığım iş yerimdeki statüm değişti.			
Başka bir bireye ekonomik açıdan bağımlı oldum.			
Borçlarım giderek arttı.			

26. Harcamalarınıza yeteri kadar bütçe ayırabiliyor musunuz?

1. Evet()

2. Hayır ()

27.Hastalığınız sebebi ile aşağıdaki harcama listesinde verilen seçeneklerde problem yaşıyor musunuz?

Harcamalar	Evet	Hayır	Bu Harcamam Yoktu
Ulaşım harcamaları			
İlaç ve kullanım bedeli harcamaları			
Mutfak harcamaları			
Kira ödemesi			
Fatura giderleri			
Kişisel gereksinimler (kıyafet, bakım, kozmetik)			
Tatil ve keyfi harcamalar			
Eğlence, boş zaman aktiviteleri ve spor harcamaları			

28. Kronik böbrek yetmezliği tanısı alıp hemodiyaliz tedavisi sürecinde fizyolojik açıdan yaşadığınız sorunlar nelerdir?

Fizyolojik sorunlar	Evet	Hayır	Fikrim yok
Fiziksel görünümümde değişiklikler oldu			
Hastalığım bedenimde organ/uzuv kaybıma neden oldu			
Hastalığım ve tedavim sebebiyle iştahsızlık, bulantı, kusma gibi olumsuz durumlarla karşılaşıyorum			
Hastalığım sebebiyle aldığım diyaliz tedavisi sırasında ve sonrasında kas kramplarım oluyor			

Zaman zaman tansiyonumda ani değişiklikler oluyor			
Zaman zaman kan şekerimde ani değişiklikler oluyor			
Hastalığım ve tedavimin etkisi ile halsizlik/yorgunluk yaşıyorum			
Hastalığımın nedeniyle cinsel sorunlar (cinsel fonksiyon bozukluğu, isteksizlik vs.) yaşıyorum.			
Uyku sorunları yaşıyorum.			
Her iki diyaliz seansı arasında nefes darlığı yaşıyorum.			
Hasta olmadan önce yapabildiğim fiziksel etkinlikleri (ağır yük taşımak, koşmak, merdiven çıkmak vs.) hasta olduktan sonra geręekleřtiremiyorum.			

29. Hastalık sürecinde sizi en çok kaygılandıran durum nedir? (tek seçenek işaretleyiniz)

1. Ölüm korkusu ()
2. Gelecek kaygısı ()
3. Terkedilme ()
4. Ekonomik problemle r()
5. Sosyal dışlanma ()
6. Ümitsizlik ()

30.Hastalık ile aşağıdaki toplumsal cinsiyet rollerinden hangisinden geri planda kaldığınızı düşünöyorsunuz?:

Roller	Evet	Hayır	Fikrim Yok	Bu Rolüm Yoktu
Annelik				
Eş				
Ev Kadınlığı				
Mesleki Rol				
Akrabalık Rolü				
Bireylik Rolü				
Toplumsal Roller (stk üyeliği, kursa devam...)				

31. Hemodiyaliz tedavisi ile yaşadığınız kısıtlılıklar nelerdir?

Yaşadığınız Kısıtlılıklar	Evet	Hayır	Fikrim Yok
Beslenme kısıtlılığı (sıvı ve tuz kısıtlaması, diyet)			
İş yaşamında kısıtlılık			
Diyaliz ünitesine ve diyaliz makinasına bağımlı olma			
Aile içi ilişkilerde kopukluk ve çatışma			
Sosyal yaşam ve etkileşimde azalma			
Spor ve bedense aktivitelerde yavaşlama, azalma			
Cinsel yaşamın kısıtlılığı			
Seyahat ve tatil kısıtlılığı			
Sürekli ilaç kullanımı			

32. Bu hastalık neden benim başıma geldi diye düşünüyor musunuz?

1. Evet () ise 34. Soruya geçiniz
2. Hayır ()

33. Tıbbi sebepler haricinde hastalığınızın oluşumunu aşağıdaki sebeplerden hangisi olduğunu düşünüyorsunuz?

1. Allah'ın takdiri ()
2. Yanlış beslenme ()
3. Mesleğimin zorluğu ve çalışma şartlarım ()
4. Ailemin ihmali ()
5. Kendi hatalarım ve hastalığımı önemsememenden kaynaklandığımı düşünüyorum
6. Yoksulluk ()
7. Yanlış tıbbi uygulamalar ve sağlık politikaları ()
8. Bilgisizlik ve güncel sağlık uygulamalarından haberdar olmama ()
9. Hastalığının sebebinin genetik olduğunu düşünüyorum ()

10. Tamamen tıbbi sebepler haricinde bir sebebi olduğunu düşünmüyorum ()

34. Aşağıdaki boşlukları doldurunuz.

Hasta olmadan önce ben hasta olduktan sonra ben.....

35. Hastalığın ve hemodiyaliz tedavisinin oluşturduğu olumsuz durumlar ve güçlükler karşısında kullandığınız baş etme yönteminiz var mıdır?

1. Evet () (ise nedir belirtiniz)

2. Hayır ()

36. Hastalığının teşhisi ve sonrası tedavi süresince en çok kimden destek aldınız? (tek seçenek işaretleyiniz)

1.Eşim ()

2. Annem ()

3. Babam ()

4. Çocuklarım ()

5. Arkadaşlarım ()

6. Kardeşlerim ()

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Nur Seda ÇAYMAN

Doğum Yeri ve Tarihi: Bolu, 1992

İletişim: nurseda.cym@gmail.com

A) Eğitim Durumu

Lise: 2006-2010 Bolu Sağlık Meslek Lisesi- Laboratuvar Bölümü

Staj: Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi- Bolu Tarım İl Müdürlüğü

Ön Lisans: 2010-2012 Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu- Diyaliz Bölümü

Staj: Ege Üniversitesi Hastanesi Diyaliz Ünitesi

Lisans: İstanbul Üniversitesi- Sosyal Hizmet Bölümü

Staj: Halkalı Çocuk Evleri Sitesi

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi- Sosyal Hizmet

B) İş Deneyimi

2012-2013 Özel Nefro Bolu Diyaliz Merkezi

2014- Halen İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi