

HEMODİYALİZ HASTALARININ SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, SOSYAL DESTEK KAYNAKLARI VE HASTALIK SÜRECİNİN BENLİK SAYGISINA ETKİSİ

Ercan Mutlu

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2007

KABUL VE ONAY

Ercan Mutlu tarafından hazırlanan "Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi" başlıklı bu çalışma, 22/01/2007 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Ertan Kahramanoğlu (Başkan)

Doç. Dr. Veli Duyan (Danışman)

Doç. Dr. Erden Ünlü

Doç. Dr. Vedat Işıkhan

Doç.Dr. Sunay İl

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. İrfan Çakın
Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

22/01/2007

Ercan Mutlu

TEŞEKKÜR

Araştırmanın her aşamasında bilgisini, zamanını ve desteğini esirgemeyen değerli tez danışmanım Doç. Dr. Veli Duyan'a,

Yüksek lisans öğrenimim boyunca anlayış ve desteğini esirgemeyen Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Direktörü değerli hocam Doç. Dr. Nesrin Dilbaz'a, Dr. Metin Esen'e Sosyal Hizmet Uzmanı Fayık Yurtkulu'na ve AMATEM'de çalışan mesai arkadaşlarıma,

Görüş ve önerileriyle araştırmama katkı sağlayan Dr. İsmet Sayın'a, Dr. Aydın Alp'e, Uzman Psikolojik Danışman Z. Fahri Uzun'a, Uzman Psikolog Tamer Numan Duman'a ve Dr. Hasan Şekercioğlu'na,

Araştırmanın veri toplama sürecinde yardım ve desteklerini esirgemeyen Dr. Dinçer Yetiş'e, Psikolog Şebnem Ulukan'a ve değerli meslektaşlarım İshak Aydemir, Neşe Uğur ve Perihan Durgut'a,

Veri toplama sürecinde kısa zamanda çok şey paylaştığım, sorularıma içtenlikle yanıt veren değerli hemodiyaliz hastalarına ve hemodiyaliz ünitelerinde görev yapan tüm personele,

Yüksek lisans öğrenimim süresince zaman, enerji ve sabırlarını esirgemeyen ve bana destek olan sevgili kuzenlerim Erdiñç Usanmaz ve Didem Turan'a

Sevgi, hoşgörü ve desteklerini esirgemeyen ablam Yeşim Mutlu ve beni yetiştiren annem Semiha Mutlu'ya,

Teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

ÖZET

Mutlu, Ercan. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynak Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygı Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.

Hemodiyaliz tedavisi hastaların yaşam sürelerini uzatmakla birlikte pek çok fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunu da beraberinde getirmektedir. Bu araştırma, kronik börek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin, sosyal destek kaynaklarının ve hastalık sürecinin benlik saygısına etkisinin ortaya konması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Ankara'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yüksek İhtisas Hastanesi ve Etilik İhtisas Hastanesi'nde düzenli hemodiyaliz tedavisi alan 117 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Veriler 22 Mart 22 Ağustos 2006 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu ve Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri kullanılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde SPSS (Statistical Package For Social Science) Versiyon 11,5'den yararlanılmıştır.

Araştırma sonucunda hemodiyaliz hastalarının yaşı, cinsiyeti, aile biçimi, medeni durumu ve oturulan konutun türü ile benlik saygısı arasında anlamlı bir fark saptanmazken; hastaların eğitim, gelir, sosyal güvence ve oturdukları konutun mülkiyetine sahip olma durumları ile benlik saygısı arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Empatik ve maddi sosyal destek alan hemodiyaliz hastalarının benlik saygısı puanları almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek iken; güvence veren, araçsal ve bilgisel sosyal destek alma ile benlik saygısı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Araştırma sonucunda hemodiyaliz hastalarının sosyal hizmet müdahalelerine gereksinimleri olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz hastaları, sosyal destek, benlik saygısı, sosyal hizmet.

ABSTRACT

Mutlu, Ercan. The Socio-Demographic Characteristic, Social Support Sources of the Hemodialysis Patients and Effect of Illness Process on Self-Esteem, Master's Thesis. Ankara, 2007.

Hemodialysis treatment results in various kind of physical, psychological and social problems although it extends life time. This research has been carried out in order to determine the effects of socio-demographic characteristics, social support sources and illness process on self esteem of the patients with chronic renal failure. The research was conducted on 117 hemodialysis patients who regularly have hemodialysis treatment at the hospitals of Etilik İhtisas, Yüksek İhtisas and Atatürk Education and Research. The data was collected between 22 March 2006 and 22 August 2006. Coopersmith Self-Esteem Inventory and the questionnaire were used to collect the data. SPSS 11.5 (Statistical Package for Social Science) was used in order to analyse the data.

As a result of this research any significant difference between self-esteem and hemodialysis patients' age, sex, family structure, marital status, the type of the house has not been found out; however significant difference between self-esteem and hemodialysis patients' education, income, social security, house-ownership has been determined. The self-esteem score of the hemodialysis patients who have emphatic and material social support are significantly higher than the ones who have not that kind of social support. The research results show that any significant difference between reassurance, tangible and informational social support has not been found out. According to the results of the research it is determined that hemodialysis patients need social work intervention.

Key words: Hemodialysis patient, social support, self-esteem, social work.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	x

BÖLÜM I

GİRİŞ.....	1
1.1. TIBBİ SOSYAL HİZMET VE HEMODİYALİZ HASTALARI	2
1.1.1. Tıbbi Sosyal Hizmetin Gelişimi	3
1.1.2. Tıbbi Sosyal Hizmetin Tanımlanması	4
1.1.3. Tıbbi Sosyal Hizmetin İşlevi ve Amaçları	5
1.1.4. Hemodiyaliz Hastalarıyla Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanının Rol ve İşlevleri	7
1.2. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HEMODİYALİZ TEDAVİSİ VE HEMODİYALİZ HASTALARI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER	8
1. 2.1. Diyaliz Hastalarının Karşılaştıkları Sorunlar	9
1.2.1.1. Depresyon, İntihar ve Stres	9
1.2.1.2. Anksiyete	10
1.2.1.3. Uyum Güçlüğü ve Davranışsal Tepkiler	11
1.2.1.4. Sosyal Etkileşimsel Sorunlar	12
1.2.1.5. Cinsel Sorunlar	14
1.2.1.6. Transplantasyona İlişkin Sorunlar	14

1.2.1.7. Ekonomik Sorunlar	15
1.2.1.8. Hemodiyaliz Tedavisinde Karşılaşılan Tıbbi Sorunlar	15
1.3. SOSYAL DESTEK, SAĞLIK VE HEMODİYALİZ HASTALARI	16
1.3.1. Sosyal Destek Tanımları ve Sosyal Desteğin Boyutları	16
1.3.2. Sosyal Destek ve Sağlık	20
1.3.3. Sosyal Destek ve Hemodiyaliz Hastaları	22
1.4. BENLİK SAYGISI ve HEMODİYALİZ HASTALARI.....	23
1.4.1. Benlik Saygısı Kavramı	23
1.4.2. Benlik Saygısının Gelişimi ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar	25
1.4.3. Hemodiyaliz Hastalarında Benlik Saygısına İlişkin Olarak Yapılan Araştırmalar	29
1.5. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ	30
1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI	32
1.7. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	34
1.8. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI	35
1.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	35
1.10. TANIMLAR	35

BÖLÜM II

YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMA MODELİ	37
2.2. EVREN VE ÖRNEKLEM	37
2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	38
2.3.1. Anket	38
2.3.2. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri	39

2.4. VERİLERİN TOPLANMASI, İŞLENMESİ VE ÇÖZÜMLENMESİ	40
2.5. SÜRE VE OLANAKLAR	40

BÖLÜM III

BULGULAR ve YORUM

3.1 HEMODİYALİZ HASTALARININ SOSYO-EKONOMİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	41
3.2. HEMODİYALİZ HASTALARININ HASTALIK SÜRECİNE İLİŞKİN BULGULARI	47
3.3. HEMODİYALİZ HASTALARININ SOSYAL DESTEK ALIP- ALMAMA DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR	65
3.3.1. Hemodiyaliz Hastalarının Empatik Sosyal Destek Alıp-Almama Durumlarına İlişkin Bulgular	65
3.3.2. Hemodiyaliz Hastalarının Bilgisel Sosyal Destek Alıp-Almama Durumlarına İlişkin Bulgular	66
3.3.3. Hemodiyaliz Hastalarının Maddi Sosyal Destek Alıp-Almama Durumlarına İlişkin Bulgular	67
3.3.4. Hemodiyaliz Hastalarının Araçsal Sosyal Destek Alıp-Almama Durumlarına İlişkin Bulgular	67
3.3.5. Hemodiyaliz Hastalarının Güvence Veren Sosyal Destek Alıp-Almama Durumlarına İlişkin Bulgular	68
3.4. HEMODİYALİZ HASTALARININ SOSYO-EKONOMİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİLERE YÖNELİK BULGULAR	69
3.5. HEMODİYALİZ HASTALARININ HASTALIK SÜRECİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİLERE YÖNELİK BULGULAR	80

3.6.HEMODİYALİZ HASTALARININ EMPATİK, BİLGİSEL, MADDİ, SOMUT VE GÜVENCE VEREN SOSYAL DESTEK ALIP-ALMAMA DURUMLARI İLE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİLERE YÖNELİK BULGULAR	83
--	-----------

BÖLÜM IV

SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1 SONUÇ	87
4.2 ÖNERİLER	89
KAYNAKLAR	92

EKLER

EK 1. Anket Formu	105
EK 2. Copersmith Benlik Saygısı Envanteri	115
EK 3. Sağlık Bakanlığından Alınan İzin Yazısı Örneği	117

ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge 1: Hastalarının Cinsiyete Göre Dağılımları	41
Çizelge 2: Hastalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımları	41
Çizelge 3: Hastalarının Medeni Durumları	42
Çizelge 4: Hastalarının Aile Biçimleri	43
Çizelge 5: Ailelerin Aylık Ortalama Gelir Durumu	43
Çizelge 6: Hastaların Oturdukları Konut Türü	44
Çizelge 7: Hastaların Yaşadıkları Konutun Mülkiyeti	44
Çizelge 8: Hastaların Sosyal Güvenlik Kurumları	45
Çizelge 9: Hastaların Hayatları Boyunca En Uzun Süre Yaşadıkları Yerleşim Birimi	45
Çizelge 10: Hastaların Öğrenim Durumları	46
Çizelge 11: Hastaların İş Durumları	46
Çizelge 12: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi Alma Süreleri	47
Çizelge 13: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi Alma Sıklıkları	48
Çizelge 14: Hastaların İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumları	48
Çizelge 15: Hastaların Sekonder Hastalığa Sahip Olma Durumları	49
Çizelge 16: Hastaların Sekonder Hastalık Durumları	49
Çizelge 17: Hastaların Tedavi Ekibince Yapılan Önerilere Uyma Durumu	50
Çizelge 18: Hastaların Fistüle İlişkin Sorunları	51
Çizelge 19: Hastaların Tedavi Ekibine Karşı Tutumları	51
Çizelge 20: Hastaların Hemodiyaliz Seansını Erken Terk Etme Durumları	53
Çizelge 21: Hastaların Hemodiyaliz Seansını Erken Terk Etme Sıklıkları	53
Çizelge 22: Hastaların Tansiyon Sorunu Yaşama Durumları	54

Çizelge 23: Hastaların Fistüle İlişkin Sorunları	54
Çizelge 24: Hastaların Diyete İlişkin Sorunları	55
Çizelge 25: Hastaların Diyete Uymama Nedenleri	55
Çizelge 26: Hastaların Diyaliz Seansında Kramp Sorunu Yaşama Durumları	55
Çizelge 27: Hastaların Hastalıklarıyla İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumları	56
Çizelge 28: Hastaların Beden İmajlarını Algılama Durumu	56
Çizelge 29: Hastaların Kendilerini Tedavi Ekibine ve Hastaneye Bağımlı Olarak Görme Durumları	57
Çizelge 30: Hastaların Ölümü Düşünme Sıklıkları	57
Çizelge 31: Hastaların Gelecek Kaygısı Yaşama Durumları	58
Çizelge 32: Hastaların Yaşamlarını Kısıtlanmış Olarak Görme Durumları	58
Çizelge 33: Hastaların Hastalıklarını Kabullenme Durumları	59
Çizelge 34: Hastalığın Sosyal İlişkilere Etkisi	59
Çizelge 35: Hastaların Hemodiyaliz Seanslarında Zamanı Geçirme Durumları	61
Çizelge 36: Hastaların Geleceğe Yönelik Beklentileri	61
Çizelge 37: Hastaların Hastalıklarını İyileşebilir Olarak Görme Durumları	62
Çizelge 38: Hastaların Kendilerini Yorgunluk İçinde Hissetme Durumları	62
Çizelge 39: Hastaların Kendilerini Zihinsel Çökkünlük İçinde Hissetme Durumları	62
Çizelge 40: Hastaların Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalığı Teşhisine Yönelik İlk Tepki Durumları	63
Çizelge 41: Hastalığın Çalışma Yaşamı Üzerindeki Etkisi	64
Çizelge 42: Hastaların Empatik Sosyal Destek Alma Durumları	65
Çizelge 43: Hastaların Bilgisel Sosyal Destek Alma Durumları	66

Çizelge 44: Hastaların Maddi Sosyal Destek Alma Durumları	67
Çizelge 45: Hastaların Araçsal Sosyal Destek Alma Durumları	68
Çizelge 46: Hastaların Güvence Veren Sosyal Destek Alma Durumları	69
Çizelge 47: Hemodiyaliz Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Benlik Saygısı	69
Çizelge 48: Hemodiyaliz Hastalarının Yaşlarına Göre Benlik Saygısı	70
Çizelge 49: Hemodiyaliz Hastalarının Medeni Durumlarına Göre Benlik Saygısı	71
Çizelge 50: Hemodiyaliz Hastalarının Gelir Durumlarına Göre Benlik Saygısı	71
Çizelge 51: Hastaların Gelir Durumları İle Benlik Saygısı Arasındaki Farkı Gösteren Çoklu Karşılaştırmalar Çizelgesi	73
Çizelge 52: Hemodiyaliz Hastalarının Eğitim Durumlarına Göre Benlik Saygısı	74
Çizelge 53: Hastaların Eğitim Durumları İle Benlik Saygısı Arasındaki Farkı Gösteren Çoklu Karşılaştırmalar Çizelgesi	75
Çizelge 54: Hemodiyaliz Hastalarının Sosyal Güvence Durumlarına Göre Benlik Saygısı	76
Çizelge 55: Hastaların Sosyal Güvence Durumları İle Benlik Saygısı Arasındaki Farkı Gösteren Çoklu Karşılaştırmalar Çizelgesi	77
Çizelge 56: Hemodiyaliz Hastalarının Yaşadıkları Yere Göre Benlik Saygısı	78
Çizelge 57: Hemodiyaliz Hastalarının Oturdıkları Konut Türüne Göre Benlik Saygısı	78
Çizelge 58: Hemodiyaliz Hastalarının Oturdıkları Konutun Mülkiyetine Sahip Olma Durumuna Göre Benlik Saygısı	79
Çizelge 59: Hemodiyaliz Hastalarının Aile Biçimlerine Göre Benlik Saygısı ...	79
Çizelge 60: Hemodiyaliz Hastalarının Hemodiyaliz Tedavisine Başlama Süresine Göre Benlik Saygısı	80

Çizelge 61: Hemodiyaliz Hastalarının Tedavi Ekibince Yapılan Önerilere Uyup Uymama Durumuna Göre Benlik Saygısı	81
Çizelge 62: Hemodiyaliz Hastalarının Organ Nakli Olup Olmama Durumlarına Göre Benlik Saygısı	82
Çizelge 63: Hemodiyaliz Hastalarının Sekonder Hastalığa Sahip Olup Olmama Durumlarına Göre Benlik Saygısı	83
Çizelge 64: Hemodiyaliz Hastalarının Ameliyat Olup Olmama Durumlarına Göre Benlik Saygısı	83
Çizelge 65: Hemodiyaliz Hastalarının Empatik Sosyal Destek Alıp Almama Durumuna Göre Benlik Saygısı	84
Çizelge 66: Hemodiyaliz Hastalarının Bilgisel Sosyal Destek Alıp Almama Durumuna Göre Benlik Saygısı	84
Çizelge 67: Hemodiyaliz Hastalarının Araçsal Sosyal Destek Alıp Almama Durumuna Göre Benlik Saygısı	85
Çizelge 68: Hemodiyaliz Hastalarının Maddi Sosyal Destek Alıp Almama Durumuna Göre Benlik Saygısı	85
Çizelge 69: Hemodiyaliz Hastalarının Güvence Veren Sosyal Destek Alıp Almama Durumlarına Göre Benlik Saygısı	86

BÖLÜM I

GİRİŞ

Günümüzde teknolojik gelişme ve değişmelerin toplumsal yaşama yansmasıyla birlikte insan yaşamı nitel ve nicel olarak bu süreçten etkilenmiştir. İnsanın yaşam süresi uzamış, tıbbi bakım ve tedavi süreci zaman içinde değişime uğramış, bazı hastalıklar yok edilmiş, bazı kronik hastalıklar ise toplumda yaygın bir şekilde görülür olmuştur.

Kronik hastalıklar bireyler için, uzun zaman devam etme ve kötüye gitme olasılığı ile nitelenen kronik durumların başlangıcını ifade eder (Lacroix ve Assal, 2003: 13). Kronik bir hastalığa yakalanma hasta ve ailesinin yaşamında ciddi psiko-sosyal problemlere yol açar. Hasta, yaşamını sürdüreceği temel fiziksel fonksiyonlarını kaybetmesiyle birlikte kronik hastalığa karşı çeşitli duygusal tepkiler verir. Sosyal ilişkilerini sürdürmede güçlüklerle karşılaşabilir. Psikolojik ve sosyal uyumu bozulan hasta, toplumsal ve ekonomik yaşama katılım ile ilgili sorunlar yaşar. Kısacası kronik bir hastalığa yakalanma bireyin yaşamının tüm yönlerini etkileyen bir durumdur. Kronik hastalıklardan biri de kronik böbrek yetmezliği hastalığıdır.

Kronik böbrek yetmezliği ciddi fiziksel, ruhsal ve psiko-sosyal sorunların geliştiği bir tablodur. Kronik böbrek yetmezliğinde diyaliz ve böbrek nakli olmak üzere iki temel tedavi yöntemi vardır. Diyaliz ise peritonel diyaliz ve hemodiyaliz olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Peritonel diyaliz hastanın evinde, ailesinden birinin yardımı ile ve hatta hastanın kendisi tarafından uygulanan tedavi yöntemidir. Hemodiyaliz ise belirli tedavi merkezlerinde uygulanan bir tedavi modelidir (Özkan, 1993: 187).

Hemodiyaliz tedavisi hastaların yaşam sürelerini uzatmakla birlikte pek çok fiziksel, ruhsal ve psiko-sosyal sorunu da beraberinde getirmektedir (Okanlı, 2005: 575). Hastanın yaşamını sürdürebilmesi diyaliz makinesine ve tedavi ekibine bağımlı olmasını gerektirir. Bu durum hastanın özerkliğini kısıtlar. Hemodiyaliz tedavisi sürecinde hastada bilişsel işlevler bozulur, sıklıkla başka bedensel hastalıklar gelişir. Hastada fiziksel kayıplara ve ruhsal sorunlara (depresyon, anksiyete, değersizlik duyguları vs.) bağlı olarak iş verimi düşer, sosyal yaşam kısıtlanır. Ayrıca böbrek nakli ile ilgili belirsizlikler ve bekleme süresinde yaşananlar da hasta ve ailesi için psiko-sosyal sorun olarak değerlendirilebilir (Kumbasar, 2005: 103). Kronik hastalığın ruhsal, psiko-sosyal ve ekonomik sorunlara yol açması sosyal hizmet mesleğinin müdahalesini gerektirmektedir. Bu bağlamda, kronik böbrek yetmezliği, hemodiyaliz tedavisi ve hemodiyaliz hastaları ile ilgili bilgilerin verilmesinden önce hemodiyaliz hastalarının tıbbi sosyal hizmet ihtiyaçlarının, tıbbi sosyal hizmetin gelişimi, tanımlanması, işlevi ve amaçlarının, hemodiyaliz hastalarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanının rol ve işlevlerinin ortaya konması konunun sistematik bir biçimde ele alınmasına katkı sağlayacaktır.

1.1. TIBBİ SOSYAL HİZMET VE HEMODİYALİZ HASTALARI

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar, hastalık sürecinde tıbbi, sosyal, psikolojik ve ekonomik boyutları olan çok çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu sorunların çözümlenmesi çok disiplinli ekip çalışması anlayışı içinde birbirinden farklı mesleklerin müdahalesini gerektirir. Bu mesleklerden birisi de sosyal hizmet mesleğidir. Ülkemizde hemodiyaliz hastalarının sosyal hizmet ihtiyacını belirleme amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular hemodiyaliz ünitelerinde sosyal hizmet uygulamalarının önemini ortaya koymaktadır.

Hemodiyaliz hastalarında sosyal hizmet ihtiyacının belirlenmesi amacıyla yapılan bir araştırma Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde 123 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Hastaların özellikle aile ve çevre ile ilişki sorunları, iş gücü kaybı, sosyal aktivite eksikliği başta olmak üzere çeşitli psiko-sosyal sorunlar yaşadığı ve dolayısıyla genel anlamda sosyal hizmet uygulamalarına ihtiyaç duyulduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Ayrıca bu

çalışmada sosyal hizmet uzmanlarınca hastalara psiko-sosyal destek verilmesi, toplumsal kaynakların harekete geçirilmesi, sosyal aktivitelerin organize edilmesi, aile görüşmeleri, birey ve grup çalışmaları yapılması gerektiği üzerinde durulmuştur (Kutmandu ve Sözen, 2004: 346-359).

Hemodiyaliz ünitesindeki sosyal hizmet uygulamaları tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının bir parçası olarak değerlendirilebilir. Bu anlamda tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının tarihsel gelişimi, tıbbi sosyal hizmetin amacı ve işlevinin anlaşılması hemodiyaliz ünitelerindeki tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının kavranmasına yarar sağlayacaktır.

1.1.1. Tıbbi Sosyal Hizmetin Gelişimi

Tıbbi sosyal hizmet alanı sosyal hizmet mesleğinin en eski alanlarından birisidir. Tıbbi sosyal hizmetin profesyonel organizasyonun gelişiminde başlıca beş faktör etkili olmuştur. Bunlardan ilki organize olmamış hizmetler olarak nitelendirilebilir. Organize olmamış hizmetler hastalık durumunda arkadaş, akraba ve Batı toplumlarında din adamlarının hasta bireye ve ailesine profesyonel olmayan bir biçimde yardım etmesidir. İkinci faktör İngiliz hastanelerindeki Almonerlerdir. Almonerler 1800'lü yılların sonlarında hastanede yatan hastaların karşılaştıkları sorunların çözümü için yardımcı olmuşlardır. Hastaların ekonomik durumunu araştırıp, hastaların hastane hizmetlerinden ücretsiz yararlanıp yararlanamayacağını belirlemek üzere ilk Lady Almoner Londra'daki Royal Free Hospital'da 1895 yılında görev almıştır. O dönemde Lady Almoner'ler toplumdaki tıbbi kaynaklar ile sosyal hizmet sistemleri arasında kurma sorumluluğunu üstlemişlerdir. Üçüncü faktör Lady Almonerler'in tıbbi sosyal hizmetleri vermelerinden önce, akıl hastanelerinden taburcu olan yoksul kişilerin taburculuk sonrası bakım topluluğu tarafından izlenmesidir (Duyan, 2003: 39-40). Dördüncü faktör 1893 yılında Newyork şehrindeki toplum merkezlerinde çalışan iki hemşirenin o semtte yaşayan ve tıbbi bakım için parası olmayan yoksul kimseleri ziyaret etmesidir. Tıbbi sosyal hizmetin gelişiminde rol oynayan son faktör ise tıp öğrencileridir. 1902 yılında John Hopkins Üniversitesi tıp öğreniminde sosyal ve duygusal problemlerin incelenmesini öngörmüş ve tıp öğrencilerinden hastaların hastalıklarının

gelişmesinde sosyal, ekonomik veyaşam koşullarının etkileri hakkında bir anlayışa sahip olabilmeleri için gönüllü olarak yardım kurumlarında çalışmaları istenmiştir. Bu denemeler dayanılarak tıbbi sosyal hizmet bölümleri 1905 yılında 4 hastanede sosyal hizmet uzmanlarınca faaliyete geçirilmiştir (Durmuşoğlu, 1998: 422). Ida M. Cannon ilk olarak 1905 yılında Massachusetts General Hospital sosyal hizmet departmanında çalışmaya başladı. Onun öncelikli amacı hastaların hastaneden topluma düzgün bir biçimde geçişlerine yardımcı olmaktır. Aynı hastanede görev yapan Doktor Richard Cabot ise etkili tedavide psikososyal boyutun önemini kavramış ve sosyal hizmet uzmanların hastaneden taburcu edilen kişileri evlerinde ziyaret etmelerinin gerekliliği üzerinde durmuştur (Gibelman, 1995: 131).

Yukarıda kısaca özetlenilmeye çalışılan tıbbi sosyal hizmetin gelişim süreci sağlık hizmeti sunan merkezlerin psikososyal boyutların doğasının anlaşılmasını ve psikososyal gereksinimlere cevap verecek uygun hizmetlerin sağlanmasına aktif katılımını ortaya koymaktadır (Akşit, 1997: 492).

1.1.2. Tıbbi Sosyal Hizmetin Tanımlanması

Sosyal hizmet literatürü incelendiğinde tıbbi sosyal hizmetin tanımlanmasına ilişkin çeşitli görüşlerin olduğu görülmektedir. Yapılan tanımlamalardan bazıları aşağıda verilmiştir.

Tıbbi sosyal hizmet; “Hastaların bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden sağlıkları yönünden yararlanmalarını engelleyen içsel ve dışsal sorunların çözümlenmesi amacıyla yapılan ekonomik, toplumsal, psikolojik, eğitici, destekleyici hizmetlerin tümüdür” (Tomanbay, 1992: 105).

4. Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı’nda Sağlık ve Sosyal Hizmetler Çalışma Grubu’na göre tıbbi sosyal hizmet “kişi, grup, aile ve toplumun sağlık hizmetlerinden etkin bir biçimde yararlanmaları amacıyla sosyal hizmet uzmanlarınca yürütülecek ekonomik, sosyal, psikolojik ve eğitsel boyutlarda destekleyici ve geliştirici hizmetlerin sosyal hizmet disiplini mesleğinin yöntem ve felsefesiyle birleştirilerek tıp ve koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde verilen hizmetler bütünüdür” (Tomanbay ve diğerleri, 1995: 174).

Tıbbi sosyal hizmet; “Tıpsal sağlık alanında sosyal çalışmanın görev alanına giren konularda verilen hizmetlerdir” (Tomanbay, 1999: 262).

Tıbbi sosyal hizmet; “Sağlıklı olmayı mümkün kılmayı, hastalıkları önlemeyi, fiziksel yönden hastalığı olanlara ve onların ailelerine hastalığa ilişkin olarak karşılaştıkları sosyal ve psikososyal problemleri zmeyi amaçlayan hastanelerde ve diğer sağlık bakım ortamlarında gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamasıdır” (Barker, 1999: 296).

Yukarıda yapılan tıbbi sosyal hizmet tanımlarının ortak noktasını insan sağlığının fiziksel, psikolojik, sosyal ve duygusal boyutlarının olduğu, hastalıkların şiddetini azaltmada ve tıbbi bakımın etkisini arttırmada bu boyutların dengeli bir biçimde ele alınması gerektiği oluşturmaktadır.

1.1.3. Tıbbi Sosyal Hizmetin İşlevi ve Amaçları

Sosyal hizmetin amaç ve işlevlerine bakıldığında sosyal hizmetin amaçlarını gerçekleştirebilmesi için her bir amaca karşılık gelen işlevlerin açıklanmasına gereksinim olduğu görülmektedir. Sosyal hizmetin ilk amacını insanların problem zme kapasitelerinin artırılmasıdır. Bu amacın gerçekleştirilebilmesi için sosyal hizmet uzmanlarının değerlendirme, tanı, inceleme/tanımlama, destek/yardım, tavsiye/danışmanlık, savunuculuk işlevlerini yerine getirmesi gerekmektedir. İkinci amacın yani kaynak, hizmet ve olanak sağlayacak sistemlerle müracaatçıların bağlantılandırılması amacının gerçekleştirilmesi için sosyal hizmet uzmanlarının havale, örgütleme, harekete geçirme, müzakere etme, ve değiş tokuş işlevlerini yerine getirmesi gerekmektedir. Sistemlerin etkili ve insancıl olarak işlev görmesini sağlamak amacıyla sosyal hizmet uzmanlarının idare, program geliştirme, mesleki yönetim, eşgüdümleme, konsültasyon, son değerlendirme, personel geliştirme işlevlerini yerine getirmesi gerekmektedir. Son olarak sosyal politikaların gelişimi ve ilerlemesi için katılımda bulunulması amacıyla sosyal hizmet uzmanlarının politika analizi, planlama, politika geliştirme, gözden geçirme, ve politika savunuculuğu işlevlerini yerine getirmesi gerekmektedir (NASW, 1981: 12 Aktaran, Duyan, 2003: 13). Sosyal hizmetin genel amaç ve işlevleri doğrultusunda tıbbi sosyal hizmetin amaç ve işlevleri şu şekilde ele alınabilir:

İnsan sağlığının fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal boyutları vardır. Bu nedenle hastalıkların tedavisinde çok boyutlu bir yaklaşım benimsenmiştir. Tıbbi bakım ve tedavi kurumlarında hastaların tedavisini yalnızca tıbbi boyutta sınırlamak, hastalığı kısmen tedavi etmek, yalnızca hastalığın semptomlarının görölmesini engellemektir. Bu bağlamda tıbbi sorunlara bütüncül yaklaşım önem kazanmaktadır. Birbirini etkileyen fiziksel, psikolojik, sosyal ve duygusal boyutların dengeli bir biçimde gelişmesini sağlamaya çalışmak tıbbi sosyal hizmetin sağlık alanında işlevselliğini ortaya koymaktadır. Tıbbi bakım kurumlarında görev yapan sosyal hizmet uzmanları tedavi etkinlerindeki rollerinin yanı sıra yönetici, planlamacı, kaynak geliştirici, eğitimci, savunucu rolleri de üstlenerek etkili bir sağlık ve hizmet politikasının geliştirilmesine yardımcı olurlar. Tıbbi sosyal hizmetin sağlık alanındaki bir diğer işlevsel yönü ise tıbbi bakım ve tedavi sisteminin daha insancıl ve daha etkili bir biçimde hizmet vermesine yardımcı olmak oluşturmaktadır (Duyan, 1996: 4-6).

Tıbbi sosyal hizmetin amacı ele alınmadan önce sosyal hizmet uygulamasının amacı üzerinde durmakta fayda vardır. Sosyal hizmet uygulamasının amacı insanların sorun çözme ve sorunlarla başa çıkma kapasitesini arttırma, insanları kaynak, hizmet ve fırsat verebilecek sistemlerle ilişkiye geçirme, bu sistemlerin etkili ve insanca işleyişini sağlama, sosyal politikanın gelişmesi ve ilerlemesine katkıda bulunmadır (Pincus ve Minehan Aktaran; Özdemir, 2000: 6-7). Tıbbi sosyal hizmetin uygulamaları ise hastanın tıbbi bakımı ve tedaviyi kabul etmesi, sağlık problemleri nedeniyle hasta ve ailesinin yaşadığı stresin azaltılması, hastanın hastalığı ve içinde bulunduğu koşullar nedeniyle ortaya çıkan problemlerini çözömlleme amacına yönelmiştir. Tüm bu amaçlar başlangıç, planlama, hizmetin verilmesi, değerlendirme, sonlandırma ve takip aşamalarını kapsayan bir dizi mesleki müdahale sonucunda gerçekleştirilir (Estes,1984 Aktaran; Duyan, 1996: 21-22).

Hemodiyaliz hastaları sosyal hizmet mesleği açısından iki nedenle önem kazanmaktadır. Birincisi son dönem kronik böbrek yetmezliğinin hastanın psiko-sosyal çevresini etkilemesi; ikincisi ise, hastanın içinde yaşadığı psiko-sosyal çevrenin hastalığı, fiziksel iyilik halini ve ölüm olasılığını etkilemesidir (Fur,

1998: 98). Bu bağlamda tıbbi bakım ve tedavide istenen sonuçların elde edilmesinde sosyal hizmet uzmanlarına önemli roller düşmektedir.

1.1.4. Hemodiyaliz Hastalarıyla Çalışan Sosyal Hizmet Uzmanın Rol ve İşlevleri

Son dönem böbrek hastalığı kişinin yaşam kalitesini, psikolojik durumunu, çevreyle ilişkilerini ve meslek hayatını önemli ölçüde etkileyen bir hastalıktır. Hastalık, hasta bireyin davranışını, ruhsal durumunu, cinsel istek ve performansını, bilişsel sürecini, sosyal ve ekonomik aktivitelere katılımını etkilemektedir. Ayrıca hastalığa yakalanan birey aile içinde statü kaybetmekte ve diğer aile üyelerine bağımlı hale gelmektedir (Furr, 1998: 98). Hemodiyaliz tedavi sürecinde çeşitli psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşayan hastaların sorunlarının çözümlenmesinde sosyal hizmet uzmanlarının rol ve fonksiyonları şu şekilde sıralanabilir:

- 1.** Tüm diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi kronik böbrek yetmezliği hastalığında da tedavi süreci hastanın psiko-sosyal, sosyal ve ekonomik durumundan etkilenir. Sosyal hizmet uzmanları hastaların yaşam kalitesini ve iyilik halini geliştirmeyi odak aldığı mesleki müdahaleleriyle hastaların tıbbi tedaviden en iyi biçimde yararlanmasını sağlamaya çalışır (Callahan, 1998: 630).
- 2.** Sosyal hizmet uzmanı hasta ve hasta ailesinin problemlerini çözmeye yardımcı olur böylelikle onların hastalığa uyum düzeyini artırır, hasta ve ailesine psiko-sosyal destek sağlayarak onların kendilerini iyi hissetmelerine yardımcı olur. Hasta ve ailesini uygun toplumsal kaynak ve hizmetlere havale eder, psiko-sosyal açıdan değerlendirir, onlara danışma hizmeti verir (Auslander ve diğerleri, 2001: 132).
- 3.** Sosyal hizmet uzmanı çok disiplinli ekibin bir parçası olarak, hastalığa eşlik eden ve birbirini etkileyen fiziksel, sosyal ve psikososyal faktörlerin sebep olduğu duygusal ve sosyal stresleri azaltmaya çalışır (Bordelon, 2002: 39-40).
- 4.** Aile psiko-eğitimi, ailesinde kronik hastası olan ailelerde kullanılan en etkili bir müdahale türü olarak ele alındığında sosyal hizmet uzmanı aile eğitimi

ve aile terapisiyle hastalığın neden olduğu değişimlerle başa çıkmada hasta ve ailesine yardımcı olur (Callahan, 1998: 633).

5. Sosyal hizmet uzmanı hastalarla grup çalışması yapabilir. Grup çalışması hastalarda sosyal desteği, yaşam kalitesini ve fiziksel sağlığı artırır. Grup çalışmaları ruhsal rahatsızlıkları ve ağrıyı azalttığı gibi somatizasyonu ve gereksiz medikal vizitleri de azaltır. Sosyal hizmet uzmanları grup ortamında psikososyal uyum, baş etme kapasitesini artırma ve iletişim konuları üzerine odaklaşabilirler (Callahan, 1998: 633).

6. Sosyal hizmet uzmanı hastaların hemodiyalizde geçirdikleri zamanın sıkıntısız, rahat, yapıcı veyararlı geçmesi için hastalara yardımcı olur. Hastaların tedavi ekibiyle ilişkilerini düzenler. Ekonomik yoksunluk içindeki hastalara gelir sağlayıcı uğraşlar edinmelerine yardımcı olur, hemodiyaliz ünitesine kütüphane, televizyon vb. yeni olanaklar sağlamaya çalışır (Gökçakan, 1998: 75).

7. Sosyal hizmet uzmanı hemodiyaliz hastalarını organ naklinden haberdar hale gelmelerini sağlayarak hastaları organ nakli merkezlerine yönlendirir (Keçecioğlu, 2004: 345).

Harwood ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada hemodiyaliz hastalarına hizmet sağlayan multidisipliner ekibe, hastaların diyaliz tedavisi almasının öncesinde de sorumluluklar düştüğü sonucuna varmışlardır. Tedavi ekibinin sorumluluğunu hastalarla güven verici ve terapötik bir ilişkinin kurulması ve sürdürülmesi, hastaları hastalıkları hakkında ve tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirme, hastaların diyaliz tedavisine hazırlanmasına yardımcı olma ve hastalara bu stresli yaşam süresince destek sağlanması ve danışmanlık yapılması olarak formüle etmişlerdir (Harwood ve diğerleri, 2005: 300).

1.2. KRONİK BÖBREK YETMEZLİğİ HEMODİYALİZ TEDAVİSİ VE HEMODİYALİZ HASTALARI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) kandaki üre artışının zamana yayılmış belirtileri ile karakterize, tüm kronik böbrek hastalıklarının son dönemi ve böbrek işlevinin ilerleyici şekilde, geriye dönüşü olmaksızın kaybedilmesidir (Robins ve diğerleri, 2003: 10).

Kronik böbrek yetmezliğinde transplantasyon, peritonel diyaliz ve hemodiyaliz olmak üzere üç tür tedavi yöntemi vardır. Basitçe ifade edilecek olursa hemodiyaliz, hastanın kanının yarı geçirgen bir membran aracılığı ile temizlenmesi ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı solüt değişimini temel alan bir tedavi şeklidir (Akpolat ve Utaş, 2001: 29).

Deneysel olarak ilk hemodiyaliz uygulaması 1913 yılında nefroktimize köpekler üzerinde yapılmıştır. İnsanda ilk hemodiyaliz uygulaması ise 1944 yılında Hollandalı bir hekim olan Kolff tarafından gerçekleştirilmiştir. Diyaliz teknolojisinde sağlanan gelişmeler, yeni ilaçların bulunması ve geliştirilmesi günümüzde hastaların yaşam sürelerini uzatmış veya yaşam kalitelerini arttırmıştır (Akpolat ve Utaş, 2001: 29).

Yapılan araştırmalar Dünyada 500 bin'den fazla hemodiyaliz tedavisi alan hasta olduğunu ortaya koymaktadır (Kumbasar, 2005: 103). Ülkemizde ise kronik böbrek yetmezliğinin sıklığı ve nedenlerini araştıran çalışma sayısı sınırlı ve bu çalışmalarda toplanan verilerin güvenilirliği tartışma konusu olmakla birlikte Türk Nefroloji Derneği'nin bu konuda yaptığı çalışmaya göre kronik böbrek yetmezliği milyon nüfus başına 390'dır ve 1999 yılında 5073 yeni kronik böbrek yetmezliği olgusu saptanmıştır (Akpolat ve Utaş, 2001: 29). Sağlık Bakanlığı'nın 2004 yılı verilerine göre ise ülkemizde toplam 29.775 hemodiyaliz hastası, özel ve kamuya bağlı diyaliz ünitelerinde diyalize girmektedir (Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 2005: 41).

1. 2.1. Diyaliz Hastalarının Karşılaştıkları Sorunlar

Hemodiyaliz hastaları kronik böbrek yetmezliği hastalığına bağlı olarak uyum sorunu, anksiyete bozukluğu, depresyon ve intihar, cinsel işlev bozukluğu, ekonomik ve sosyal sorunlar gibi yaşamlarını ve hastalıklarının seyrini etkileyen pek çok sorunla karşı karşıyadırlar. Bu sorunları şöyle sıralayabiliriz:

1.2.1.1. Depresyon, İntihar ve Stres

Sürekli depresif mizaç, benlik saygısı düşüklüğü ve ümitsizlik hisleri ile beliren depresyon hemodiyaliz hastalarında en sık görülen psikolojik problemdir (Sezer, 2000: 147). Sağlıklarını, fiziksel güçlerini, cinsel potansiyellerini, özerkliklerini, çalışma yeteneklerini kaybedebilecekleri endişesi hastalarda depresyona yol

açar ve kronik hastalığın seyrini diyetle uymama, tedaviyi reddetme, sosyal izolasyon, uyku bozuklukları, üzüntü ve keder gibi nedenlerle olumsuz yönde etkiler (Özkan, 1993: 187).

Ülkemizde hemodiyaliz hastalarında depresyon ve intihar düşüncesi düzeyleri ile bunlara etkili olabilecek faktörleri araştırmayı amaçlayan ve 30'u kadın, 63'ü erkek hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hemodiyaliz hastalarında depresyon ve intihar düşüncesindeki artışa yüksek orandaki umutsuzluk ile azalmış olarak algılanan aile ve arkadaş desteklerinin rolü olduğu kanısına varılmıştır (Cöngel ve diğerleri, 1999: 457).

124 hemodiyaliz tedavisi alan hasta üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada hastaların % 17.7'sinde hafif düzeyde depresyon, % 6.5'inde ise major depresyon bulunmuştur (Hinrichsen ve diğerleri Aktaran; Özcan ve diğerleri, 2000: 335).

Craven ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise en az üç aydan beri tedavi gören bir grup hemodiyaliz ve periton diyaliz hastasında % 8.1 major depresyon ve % 6.1'inde distimik bozukluk tespit edilmiştir (Craven ve arkadaşları 1989 aktaran; Özcan ve diğerleri, 2000: 335-336).

Hemodiyaliz hastalarında intihar davranışı incelendiğinde intiharın sadece genel nüfustan değil diğer kronik hastalığı olanlardan da anlamlı ölçüde fazla olduğu görülür (Özkan, 1993: 187). Abram ve arkadaşları genel nüfusla kıyaslandığında diyaliz hastalarında intihar davranışı sıklığının 100 ile 400 kat daha fazla olduğunu ileri sürmüşlerdir. Hemodiyaliz hastalarında diyetten kaçamak yapmak, diyetle bilerek uymamak, tedaviyi reddetmek aktif intihar girişimi olarak karşımıza çıkmaktadır (Abram, Moore ve Westervelt, 1971 Aktaran; Özçürümez ve diğerleri, 2003: 77, Cimilli, 1994: 90).

1.2.1.2. Anksiyete

Hemodiyaliz hastalarının makineye bağımlı olmaları, iş ve aile düzenlerindeki bozulmalar, geleceğe ilişkin belirsizlik duygusu yaşamaları, cinsel işlevlerinin bozulacağı korkusu, beden imajlarındaki bozulmalar hastalarda anksiyete bozukluklarına yol açmaktadır (Özkan, 1993: 189, Aydın, 2000: 157).

Hemodiyaliz hastaları üzerinde yapılan birçok araştırma diyaliz hastalarında anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermiştir (Wright ve diğerleri, 1996; Kalman ve diğerleri, 1993 Aktaran Cimilli, s.90). Ülkemizde 62 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada da benzer bir bulguya rastlanılmıştır. Bu çalışmada hastaların anksiyete puan ortalamaları toplumumuz için saptanan puanın üzerindedir (Özgür ve diğerleri, 2003: 103).

Ülkemizde, 37'si hemodiyaliz ve 27'si sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalar anksiyete yönünden karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucu her iki grup hastanın sürekli anksiyete düzeyinin normal popülasyondan fazla olduğunu, hemodiyaliz hastalarının ise sürekli periton diyalizi uygulanan hastalara göre daha belirgin sürekli anksiyete yaşadıklarını ortaya koymuştur. Bu farkın nedeni ise hemodiyaliz tedavisinde hastanın haftada 2-3 kez 4-5 saat süreyle makineye bağımlı kalması, diyet ve sıvı kısıtlaması olması, fiziksel durumun gün içinde değişkenlik göstermesidir. Sürekli ayaktan periton diyaliz uygulaması ise hastayı makineye bağımlı hale getirmemekte, evde uygulanabilmekte ve hastaların sıvı ve biyokimya değerlerinde ani değişikliklere yol açmamaktadır (Erengin ve diğerleri, 1998: 139).

1.2.1.3. Uyum Güçlüğü ve Davranışsal Tepkiler

Kronik bir hastalık tanısı ve hastalığa bağlı ortaya çıkan değişiklikler hastalarda psikolojik sorunlara ve uyum güçlüklerine sebep olabilir. Kronik hastalığa verilen farklı duygusal tepkilerin sıklığı ve işlevi, hastaların hastalık hakkındaki anlayışları ve hastaların başetme çabaları hastanın hastalığına uyum sürecini etkiler (Duyan, 1998: 152).

Hemodiyaliz hastalarının hastalık sürecinde ortaya çıkan fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıpları bu hastalarda kendilerine özgü birtakım uyum bozukluklarına neden olmaktadır. Bu bozukluklar her hastaya göre değişmekle hastaların bazı ortak psikolojik örüntülerinden kaynaklanmaktadır (Cimilli, 1994: 88). İki hemodiyaliz seansı arasında fazla sıvı alımı sonucu ortaya çıkan kilo artışı ve diyetle uymama en sık gözlenen tedaviye uyum sorunlarından biridir. Bütün kronik hastalıklarda olduğu gibi diyaliz hastalarında öfke sık görülür. Çoğu zaman hastanın kendisi tarafından da bilinmeyen öfke ailesine ve tedavi ekibine

yönelik olabilir (Sezer, 200: 147-148). Hemodiyaliz hastalarında inkar sıklıkla başvurulan bir savunma mekanizmasıdır. Birçok hemodiyaliz hastası diyalizin geçici olduğunu ve bir süre sonra iyileşebileceğini düşünür. Bazı hastalarda inkâr hastanın tedaviyi reddetmesine yol açabilir. Bazı hastaların kendilerine yardım veren profesyonellerle görüşmeye isteksiz olmaları hasta olduklarını kabullenmemelerinden kaynaklanır (Cimilli, 1994: 88).

Abram hastaların diyalize uyum sürecini 4 aşamalı olarak değerlendirmiştir. Birinci dönem diyalize başlamadan önceki dönem, yani üremik dönemdir. Hastalar çoğunlukla kronik hastalığın fiziksel ve ruhsal komplikasyonları içindedirler. Yaşamın tehdit altında olduğu endişesi yaygındır. Kronik böbrek yetmezliği belirtileriyle birlikte ölüm korkusu, umutsuzluk, zihinsel çökkünlük içindedirler. İkinci dönem anksiyete dönemidir. Diyaliz uygulamasına başladıktan sonra apatinin azaldığı ölümden geri dönme duygu ve düşüncesinin geliştiği, sıklıkla öforinin eşlik ettiği dönemdir. Üçüncü dönem yaşama dönüş dönemidir. Diyaliz uygulaması başladıktan 3 hafta ya da 8-9 diyaliz uygulamasından sonra, başlangıçtaki öforinin azaldığı hastanın diyalize alıştığı ancak bunun yanında makineye bağlı olma ile ilgili psikososyal sorunların geliştiği bir dönemdir. Kısıtlamalar, engellemeler, uyum güçlükleri, bağımlılık çatışmalarının geliştiği ve 3- 12 ay sürebilen dönemdir. Dördüncü dönem normale dönüş dönemidir. Bu dönemde hasta makineye alışmış ve ölümden kurtulmuştur. Hasta, kronik hastalığın ve tedavi sürecinin elverdiği ölçüde yaşama ve ilgi alanlarına dönmüştür. Hastalığa karşı gerçekçi kabullenme sağlanmış, organ nakli gibi ileriye dönük plan ve beklentiler gerçekleşmiştir (Abram,1979 Aktaran Cimilli, 1994: 89; Özkan, 1993: 187-188).

1.2.1.4. Sosyal Etkileşimsel Sorunlar

Kronik bir hastalığın varlığı hastaların sosyal etkileşimleri üzerinde sorun yaratır. Kronik hastalık tanısından sonra hasta normal sosyal ilişkilerini sürdürmede güçlük çeker, diğer insanların ona acıma ve onu reddetme durumu ile karşılaşabilir. Bunun sonucunda hasta sosyal aktivitelere katılmayarak sosyal izolasyon yaşayabilir. Hasta birey çevresine uyum sağlamakta zorlandığı gibi hastanın çevresi de ortaya çıkan bu yeni duruma uyum sağlamada güçlük

çeker. Aile bir sistem olarak ele alındığında, aile üyelerinden birinin yaşamında meydana gelen değişme diğerlerinin de yaşamını kaçınılmaz bir biçimde etkiler. Bu bağlamda bireylerin değil ailelerin kronik bir hastalığa yakalandığı ifade edilebilir. Kronik bir hastalığa yakalanan aile üyesi diğer aile üyelerine bağımlı hale gelir. Eğer hasta evli ise, hastalık diğer eşin ve evde yaşayan diğer aile bireylerinin sorumluluklarını artırır. Aile üyelerinin kaynakları azaldığı için aile üyeleri sorumluluk ve görevleri yerine getirmede güçlüklerle karşılaşır. Evdeki çocuklardan kendi yaşlılarının üstlenmediği yeni ve çok sayıda sorumlulukları üstlenmesi beklenir. Çocuklar ise bu sorumluluklar karşısında duygusal tepkiler verebilir ve çeşitli sorunlar yaşayabilirler (Taylor, 1986 Aktaran; Duyan, 1998: 151-152).

Hastalık sürecinde hasta veyakınları yoğun bir duygusal çatışma ve gerilime maruz kalırlar (Gomez, 1987: 166). Organ yetmezliği olan hastalar arasında aile ve evlilik stresi belirgindir. Hastaların eşleri rol değiştirmek zorunda kalarak hemşireye ya da hasta bakıcıya dönüşmektedir (Özçürümez ve diğerleri, 2003: 75).

Molumphy ve Sporakowaski (1984)'e göre aşağıdaki özellikleri gösteren aileler son dönem kronik böbrek yetmezliği ile başa çıkmada çok daha fazla zorlanmaktadır.

- İzolasyon
- Aile düzensizliği ve ailedeki mevcut diğer stresörlerin varlığı
- Stresle başetme ve değişime uyum sağlama yeteneğinin zayıflığı
- Hastalığın teşhisi öncesinde var olan evlilik stresleri
- Aile gelirinin düşük olması
- Hasta ve eşinde mesleki statü ve eğitim seviyesi düşüklüğü
- İhtiyaç duyulan diyalize az gelişmiş farkındalık
- Aile üyelerinin diyalize az ilgi göstermesi (Fur, 1998: 109)

1.2.1.5. Cinsel Sorunlar

Hemodiyaliz hastalarında, her iki cinste de, cinsel işlev bozukluğu yaygın olarak görülmektedir. Hemodiyaliz hastalarında cinsel sorunlar organik faktörlerle hastalığın psikolojik ve psiko-sosyal komplikasyonlarının etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Endokrin değişiklikleri, çeşitli ilaçlar, genel fiziksel durum, aile içi sosyal rollerdeki değişimler, psiko-sosyal faktörler ve depresyon cinsel işlevleri bozmaktadır. Her iki cinste de cinsel dürtü ve uyarılmada azalma ile birlikte cinsel etkinliklerde düşme vardır. Kadınlarda orgazm yaşantısında azalma, erkeklerde kendi potansiyellerini test etmeye dönük masturbatuar davranışlar ortaya çıkmaktadır. Birçok erkek hastada, cinsel organların idrar boşaltma amacını artık yerine getirmiyor olması hastalarda cinsel işlevlerine ilişkin ciddi endişeleri de beraberinde getirmektedir (Özkan, 1993: 187).

1.2.1.6. Transplantasyona İlişkin Sorunlar

Böbrek transplantasyonu gelişen cerrahi tekniklerle birlikte son yıllarda sık uygulanabilir hale gelmiştir. Diyalizin pahalı veya yaşam süresini kısaltan bir tedavi yöntemi olması gibi etkenler klinisyenleri organ transplantasyonu yapmaya yöneltmektedir (Bilgin ve arkadaşları, 1999 Aktaran; Özçürümez ve arkadaşları, 2003: 226). Çoğu araştırma organ naklinin, diyaliz tedavisine kıyasla hastaların hem fiziksel hem de ruhsal açıdan yaşam kalitesini arttırdığını göstermektedir (Evans ve arkadaşları 1985, Carlos ve arkadaşları 1987, Iwashige ve arkadaşları Aktaran; Özçürümez, 2003: 226, Sağduyu ve arkadaşları, 2006: 31). Organ transplantasyonu tüm bu olumlu özelliklerinin yanı sıra fiziksel ve ruhsal birtakım sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu hastalarda anksiyete, major depresyon, intihar, kronik organik beyin sendromu, delirium gelişmesi yönünden riskli grup olarak değerlendirilebilir. Ayrıca bu hastalarda fiziksel ve ruhsal süreçlerle bağlantılı olarak vücut imajı değişikliği ve cinsel bozukluklara sık rastlanılmaktadır (Özkan, 1993: 191). Transplantasyon girişimi sadece organ nakli olacak hastayı değil bir bütün olarak hastanın ailesini de etkilemektedir.

Ailede organ yetmezliği olan hastanın varlığı durumunda aile üyeleri arasındaki etkileşim ve aile üyelerinin rol görevlerinde değişiklikler meydana gelir

(Christopherson, 1987: 57). Aile içi dinamiklerin ve sosyal rollerin değiştiği bu tabloya hastanın transplantasyon olma olasılığı belirince aile içinde bir kez daha yeni roller ortaya çıkmakta ve ailenin bu yeni duruma uyum süreci gündeme gelmektedir (Kumbasar, 2005: 103). Tıbbi sosyal hizmet açısından bu durum kronik hastalığın aile sistemini etkilediği ve bu nedenle sosyal hizmet müdahalesinin aile üyelerini de kapsamaması gerektiğine işaret etmektedir.

1.2.1.7. Ekonomik Sorunlar

Ailede bir bireyin hemodiyaliz tedavisi alması çoğu kez ailede ekonomik sorunların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Hastaların yaklaşık 2/3'ü kronik böbrek yetmezliği tanısı almadan önceki işini kaybetmektedir (Akpolat ve Utaş, 2001: 13). Hasta bireyin işini kaybetmesi ve iş gücü kaybına uğramasının yanı sıra tedavi masrafları ve bazı aileler için diyaliz merkezlerinin bulunduğu büyük kentlerde yaşama zorunluluğu da aileye ekonomik yük getirmektedir (Cimilli, 1994: 88).

1.2.1.8. Hemodiyaliz Tedavisinde Karşılaşılan Tıbbi Sorunlar

Diyaliz hastalarında merkezi sinir sistemini etkileyen, çeşitli toksik metabolik faktörlere bağlı olarak organik beyin sendromları gelişme riski fazladır. Birçok hemodiyaliz hastası, diyaliz günü yaklaştıkça, zihin işlevlerinde yavaşlama ve karışıklık geliştiğini, unutkanlık, dikkatini toplayamama ve sinirlilik ortaya çıktığını ifade eder (Özkan, 1993: 188).

Diyaliz hastalarında görülen en ciddi ve ölümcül diğer bir organik ruhsal bozukluk diyalize bağlı beyin tutulumudur. İlk kez 1972'de tanımlanan bu tabloda denge ve konuşma bozukluğu, konuşamama, düzensiz kas kasılmaları, bölgesel nöbetler, kollarda ve bacaklarda kuvvet azalması, delirium nöbetleri, giderek paranoid sanrılar ve demans ortaya çıkar. Genellikle iki yıldan fazla diyaliz uygulanan hastalarda görülür ve ölümcüldür (Özkan, 1993; Obserg, 1982 Aktaran; Cimilli, 1994: 89-90). Hipertansiyon, göğüs ve sırt ağrısı, aritmi, kas krampları, bulantı-kusma ve hava embolisi, hemodiyaliz tedavisine bağlı diğer komplikasyonları oluşturmaktadır (Kadayıfçı, 2003: 321).

1.3. SOSYAL DESTEK, SAĞLIK VE HEMODİYALİZ HASTALARI

1.3.1. Sosyal Destek Tanımları ve Sosyal Desteğin Boyutları

Sosyal destek, sıradan insanlardan profesyonellere kadar birçok kişi tarafından kullanılan bir kavram olmasına rağmen açık bir tanımlamadan yoksundur (Hupcey, 1998; Mc Haffie 1992; Aktaran Connet, 2005: 4). Bunun sebebi sosyal destek kavramının bakım gibi kavramlarla kolaylıkla karıştırılabilir olması ve deneysel olarak kanıtlanmasının sınırlı olmasıdır (Coffman ve Ray 1999; Swanson, 1991; Aktaran Connet, 2005: 4). Buna rağmen sosyal destek literatürde çeşitli araştırmacılar tarafından tanımlanmıştır. Bu tanımlardan bazıları şunlardır:

Yıldırım'a göre sosyal destek; "Bireye öğüt ve bilgi verme, duygusal destek, maddi yardım, takdir, bireyin sorunla başa çıkmasına yardım etme, bireye model olma, sosyal ilgi biçiminde görülen çok boyutlu bir kavramdır" (Yıldırım, 2004: 222).

Tomanbay'a göre sosyal destek; "Bireye kişi veya kurumlar tarafından sağlanan ekonomik (parasal, malsal), ruhsal, toplumsal destek ve bilgi desteğidir" (Tomanbay, 1999: 235).

Caplan (1974)'e göre sosyal destek, insanın stresli bir olaya hakim olmasını ve onunla başa çıkmasını kolaylaştıran sosyal çevreden gelen geri bildirimdir (Öntaş, 1999: 146).

Cobb (1976)'e göre sosyal destek; "Bireyin sevildiğine, gözetildiğine, değer verildiğine ve bir iletişim ve karşılıklı yükümlülükler ağının bir parçası olduğuna ilişkin diğer kişilerden edindiği bilgidir" (Şahin, 1999: 82).

Sosyal destek, insanların ilişki bağlarından aldıkları kaynakları ifade eder (Gilbert ve diğerleri, 2006: 677).

Mc Elroy (1997) sosyal desteği (aile, arkadaş, sosyal temasın sayısı ve sıklığı gibi) stresin olumsuz etkilerinden bireyi koruyan mekanizmaları da içeren sosyal ilişkilerin farklı yönlerini tanımlayan genel bir kavram olarak tanımlamıştır (Erdeğer, 2001: 10).

Johnson ve Sarason (1979) sosyal desteği, kişinin genebileceği ilişkiler yoluyla sosyal kaynaklardan yararlanma derecesi biçiminde tanımlamışlardır (zbesler, 2001: 9).

Barker'a göre sosyal destek; "Toplumda yaşamak için çaba sarf eden insanların ihtiyaçlarını karşılayan resmi olan veya olmayan aktivite ve ilişkilerdir. Bu ihtiyaçlar, eğitimi, gelir gencesini, sağlık bakımını ve özellikle de diğer birey ve gruplar ağının sunduğu teşvik, imkn, rol modelleri ve sosyal kimliği içerir" (Barker, 1999: 454).

Thoits (1985)'e göre sosyal destek, aile yeleri, arkadaşlar, iş arkadaşları, akrabalar ve komşular gibi önemli kişiler tarafından bireye yapılan yardımcı işlevler anlamına gelir. Bu işlevler sosyo-duygusal yardım, araçsal yardım ve bilgisel yardımı kapsar (Uzman, 2002: 38).

Işıkhan ise sosyal desteği genel olarak bireye, çevresindeki insanlar tarafından yapılan yardım olarak tanımlamıştır (Işıkhan, 2005: 24).

Yukarıda yapılan tanımlamalar sosyal desteği çok boyutlu olarak ele almaktadır. Tanımların çoğunda sosyal desteğin sosyal kimliği devam ettirme, duygusal destek, materyal ve hizmet yardımı, bilgi sağlama ve sosyal kabul boyutları yer almakta ve tüm bu boyutlar sosyal destek kavramının anlaşılmasına yardımcı olmaktadır (Bloom, 1982: 136; Aktaran Tufan, 1994: 49 -50).

Sosyal desteğin sosyal kimliği devam ettirme boyutu makro açıdan bireyin geniş toplumla ilişkisinin nasıl olduğunu ortaya koyar. Bireyin toplumdaki destek gmesi yani sosyal yapı ile bağlarını sürdürmesi kendi kimliği hakkındaki anlayışını sağlamlaştır; yalnızlık ve izolasyon gibi sağlıksız duygularının ortaya çıkmasını önler. Mikro açıdan ise sosyal desteği verenlerle bu desteği alanlar arasındaki etkileşim, bireyin sosyal kimliği hakkında bir geri bildirim sağlama olanağıdır.

Duygusal destek genellikle yüz yüze etkileşim yolu ile birincil gruplar tarafından sağlanan destektir. Başarısına bakılmaksızın bir bireyin sevildiğini ve insan olarak değerli bulunduğunu hissetmesine yardımcı olan davranışları içerir. Duygusal desteğin aile, komşular, arkadaşlar ve profesyoneller tarafından yerine getirilmesi beklenir.

Materyal ve hizmet yardımı, elle tutulur bir destek biçimidir ve ödünç para verme ev işlerine ve çocukların bakımına yardımcı olma gibi doğrudan yardımları içerir. Bu tür destek daha çok aile, akraba veyakın arkadaşlar tarafından sağlanır.

Bilgi sağlayıcı sosyal destek hastalıkla ilgili teşhis ve tedavi olanakları konusunda bilgi vermeyi ve bireyin iş bulması için iş olanakları konusunda yardımcı olmayı kapsayan sosyal destek boyutudur. Bilgisel sosyal desteğin profesyonellerce verilmesi daha etkilidir. Özellikle hastalık ve tedavisi hakkındaki bilgilerin sağlık personeli tarafından verilmesi önemlidir. Böylece hasta sağlık personeline güven duyar, teşhisi ve tedaviyi daha çok kabul eder. Hastanın sorunları giderek azalır.

Sosyal bağlanma, kurumlarla insanların birbirine karşılıklı olarak bağlanmasıdır. Bireyin çevresinden destek alabileceği aile, akraba ya da yakın arkadaşlarının olmaması durumunda desteğin benzer sorunu yaşayanlardan oluşan destek gruplarından gelmesi düşünülmektedir. Aynı zorlukları yaşayan bireyler birbirlerinden bilgi alış verişi yaparlar, güvence bulurlar ve böylece yalnızlık ve izole olma duyguları azalır.

Tilden (1985)'e göre ise sosyal destek dört boyutta ele alınmıştır. Birinci boyut duygusal destektir. Duygusal destek, saygı, güven, ilgi, dinleme ve etkilemeyi içerir. İkincisi doğrulama ve geri bildirim içeren takdir edici destektir. Üçüncü boyut tavsiyede bulunma, yönlendirme ve bilgi sağlamayı içeren bilgisel destektir. Sonuncu boyut ise araçsal destektir. Araçsal destek para, zaman, emek sağlama ve çevre düzenlemeyi içerir (Schwartz ve Frohner, 2005: 204).

Duyan, sosyal desteğin işlevsel boyutlarını duygusal destek, bilgi sağlayıcı destek ve araçsal destek olarak ele almıştır. Duygusal destek, umut ve iyimserlik oluşturmak suretiyle hastanın psikolojik açıdan iyilik halinin güçlenmesine yardımcı olan destektir. Hasta bireye ilgi gösterme, destek sağlama, güven sağlama ve hasta bireyin sırrını paylaşma gibi davranışları içerir. Bilgi sağlayıcı destek ise hastaya kendi prognozları, tıbbi bakım ve tedavi olanaklarıyla ilgili doğru bilgilerin verilmesidir. Böylece hastanın hastalık süreci ile ilgili gerçekçi beklentiye girmesi ve psikolojik uyumunun sağlanması gerçekleşmektedir. Sosyal desteğin son işlevsel boyutu olan araçsal destek ise

hastanın günlük gereksinimlerinin karşılanması için pratik yardımların sağlanarak yaşadığı stresin azaltılması ve pozitif sağlık etkinliklerine katılımının artırılmasını içermektedir (Duyan, 2001: 10).

Östergen ve arkadaşlarının akut göğüs yakınması olan hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada sosyal destek beş boyutta ele alınmıştır. Bu boyutlardan birincisi değer veren sosyal destektir. Değer veren sosyal destek, sosyal ağın farklı alanlarından algılanan sosyal takdire işaret eder. İkincisi genel duygusal destektir. Genel duygusal destek, kişinin sıkıntıdayken yardım isteyebilmesi ve içinde bulunduğu sosyal ağın bireyin duygusal ihtiyaçlarını karşılayarak ve sorunlarını paylaşarak bireyi memnun edebilme yeteneğidir. Sosyal desteğin üçüncü boyutu bilgilendirici destektir. Bilgilendirici destek bireyin tavsiye ve bilgiye ulaşabilmesini ifade eder. Dördüncü boyut materyal desteğidir. Materyal sağlayıcı destek bireyin, belirli ağ bağlantılarıyla uygun hizmetlere ve maddi kaynaklara ulaşmasıdır. Sosyal desteğin beşinci ve son boyutu ise güven verici destektir. Güven verici destek stresli yaşam olaylarında bireyi destekleyici bir yönü olan ilişkiyi ifade etmektedir (Östergen ve diğerleri, 1991: 260).

Connet ise yaptığı bir çalışmada sosyal desteği duygusal ve araçsal sosyal destek olmak üzere iki türde ele almıştır. Ona göre duygusal destek; depresyon, anksiyete, stres ve umutsuzluğu yatıştırma eğiliminde olan teselli edici davranışlardan oluşur. Araçsal destek ise bireye somut olarak para, barınma, yiyecek sağlama, çocukların bakımın üstlenilmesi gibi yararları içerir (Connet, 2005: 5-6).

Sosyal desteği çok boyutlu bir biçimde ele alan çok boyutlu sosyal destek ölçeği (Multi-Dimensional Support Scale) ise destekleyici davranışların dört alanda olabileceğini kabul eder. Bunlar şu şekilde ifade edilmiştir.

1. Empatik Sosyal Destek: Bireyin hastalığı ile ilgili olarak duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirme, söylediklerini dikkatle dinleme, onu anlama ve onun sevildiğini hissettirmektir.

2. Bilgisel Sosyal Destek: Bu durumda hastaya kendisine nasıl yardım edebileceği konusunda fikir verme, önerilerde bulunma, ona hastalığı ile ilgili

yeni görüş kazandırma, uygun tedaviler hakkında bilgi verme ve merak ettiği sorulara yanıt vermektir.

3. Elle Tutulur Sosyal Destek: Hastaneye yatışla birlikte ev ve ev dışında yapılması gereken birçok şeyi (ev işlerine yardım etme, çocukların bakımını üstlenme vs.) hasta için yapmaktır.

4. Güvence Veren Sosyal Destek: Hastaya üzülmemesini ve her şeyin yoluna gireceğini söyleme, onunla şakalaşarak komik şeyler anlatmak ve böylece hastalıktan geçicide olsa uzaklaşmasına yardımcı olma ve moral vermedir (Neuling ve diğerleri, 1983 Aktaran; Tufan: 1994: 51).

Bu araştırmada, hemodiyaliz hastalarının sosyal destek sistemleri çok boyutlu sosyal destek ölçeğinde yer alan boyutlar dikkate alınarak belirlenmeye çalışılmıştır.

1.3.2. Sosyal Destek ve Sağlık

Sosyal desteğin psiko-sosyal iyilik halini geliştirmesi, strese karşı tampon olması ve stresli yaşam durumlarına karşı bireyleri koruması nedeniyle çoğu araştırmada sosyal destek insan sağlığını etkileyen psiko-sosyal bir değişken olarak karşımıza çıkarmaktadır (Revenson ve diğerleri, 1991: 807). Sosyal desteğin sağlığı koruyucu ve devam ettirici etkileri literatürde değişik araştırmacılar tarafından ele alınmıştır.

Fusilier ve Ganster sosyal desteğin sağlığı etkileyebilen iki temel yönü üzerinde durmuşlardır. Bunlardan birincisi sosyal desteğin iyilik hali üzerinde direkt olarak ana etkiye sahip olduğunun farz edilmesidir. Genelde destekleyici ilişkilere sahip olan insanlar, destekleyici ilişkiler sahip olmayanlara göre daha iyi bir durumda olma eğilimindedirler. İkincisi ise sosyal desteğin stres yaşantısında tampon vazifesi sağlığı olumlu yönde etkilemesidir (Fusilier ve Ganster, 1987: 518). Bu bağlamda sosyal çevreden alınan yardım kişinin çaresizlik duygularını azaltmakta ve stresle başa çıkma konusunda kendine olan güvenini arttırmaktadır. Stres kaynağının başkalarıyla paylaşılması stresin daha kolay tolere edilmesini sağlamaktadır (Baltaş, 2000: 150).

Mowbray ve diğeri ise diğeri araştırmacıları destekler biçimde sosyal desteğinin tıpkı yoksulluk gibi stresli yaşam olaylarının etkisini azalttığını öne sürmüşlerdir (Mowbray ve diğeri, 2005: 42).

Carlson ve Perrewe sosyal desteğinin önemli bir kaynak ve başatme mekanizması olarak stresörlerin negatif etkilerini azaltabileceği üzerinde durmuşlardır (Gare, 1987, Thomas ve Ganster, 1995 Aktaran; Carlson ve Perrewe, 1999: 514).

Özgüven ve diğeri ise sosyal desteğinin kişinin problem çözme becerileri geliştirmesinde ve mevcut becerileri kullanmasındaki rolüne işaret etmişlerdir. Ayrıca yeterli başatme becerileri olan bireylerin çevrelerindeki sosyal destek kaynaklarını daha iyi kullanabilecekleri üzerinde durmuşlardır (Özgüven ve diğeri, 2003: 2).

Koşar'a göre sosyal destek sistemi bireye sadece pratik yardım sağlamakla kalmayıp, bireyin bir gruba bağı olduğunu, topluma katıldığını, değerli olduğunu hissetmesi, bireysel gelişimi, başkalarına destek olma ve başkalarından destek görme ve kendi değerine inanmasını sağlama gibi fonksiyonları içermektedir (Koşar, 1996: 73).

Eker ve diğeri ise sosyal desteği başatme kaynağı olarak ele alıp, hastalıklara karşı koruyucu rolü üzerinde durmuşlardır (Eker ve diğeri, 2001: 18).

Bazı araştırmacılara göre ise sosyal desteğinin fiziksel ve ruhsal sağık üzerinde gözlenen ve yukarıda da ifade edilmeye çalışılan olumlu etkileri her zaman için geçerli olmamaktadır. Hastanın yakın çevresinin aşırı ilgi göstererek hastaya karşı koruyucu bir biçimde davranması hasta bireyin işlevselliğine ket vurucu davranışları pekiştirdiği öne sürülmektedir. Bu durumlarda sosyal desteğinin olumlu ve olumsuz işlevlerinin birbirinden ayrılarak, sistematik bir biçimde incelenmesi sonucunda, sosyal desteğinin olumsuz etkilerinin olumluya dönüştürülmesini sağlayacak müdahale programlarının geliştirilmesi ile gerçekleştirilebilir (Şahin, 1999: 98).

1.3.3. Sosyal Destek ve Hemodiyaliz Hastaları

Aile üyelerinden, arkadaşlardan, din adamlarından, iş yerindeki tanıdıklardan ve sağlık personelinin alınan sosyal destek, hastaların kronik ve akut hastalığa uyumunda önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (Hause ve diğerleri, 1988; Christensen ve diğerleri Aktaran; Patel 2005: 99). Hemodiyaliz hastalarının başlıca destek kaynaklarını ise aile üyeleri, sağlık profesyonelleri, arkadaşları ve komşuları oluşturmaktadır (Conley ve diğerleri 1981 Aktaran Mollaoğlu 2006: 152).

Hemodiyaliz hastalarının algıladıkları sosyal destek seviyesi arttıkça hastaların yaşam memnuniyeti artmakta, depresif duygu durumu ve hastalığın yükü ise azalmaktadır (Patel 2005: 99).

Literatür incelendiğinde hemodiyaliz hastalarında sosyal desteği ele alan araştırmaların yapıldığı görülmektedir. Bu araştırmaların sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

Okanlı 178 hemodiyaliz hastası üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların en fazla ailelerinden destek aldığını ve bunu sırasıyla hemşire desteği ve arkadaş desteği izlediğini belirlemiştir. Hemodiyaliz hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek ve hemodiyalize girme süresinin sosyal destek üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu, yaşın ise sosyal destek üzerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Ev hanımı olan hastalarda sosyal destek puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Araştırmanın bir diğer önemli bulgusu ise hemodiyaliz hastalarının algıladıkları sosyal destek arttıkça yaşam doyumlarının da arttığı bulgusudur. (Okanlı, 2005: 616-617).

Astan'ın hemodiyaliz tedavisi alan 104 hasta üzerine yaptığı araştırmada arkadaştan ve aileden alınan sosyal desteğin depresyon ve kaygı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucuna göre sosyal destek seviyesi düşük hastalar daha yüksek bir oranda depresyon ve anksiyete semptomlarına sahiptirler (Astan, 2001: 81).

Cummings ve arkadaşları psiko-sosyal faktörlerin diyaliz komplikasyonları üzerinde çok etkili olduğunu belirtmiş ve kronik böbrek yetmezliği tanısı almış

hastalarda zayıf sosyal desteğin depresyona yol açabildiğini saptamışlardır (Keçecioğlu ve diğerleri, 1995: 172).

Süleymanoğlu yaptığı çalışmada hemodiyaliz hastalarının depresyon skorları ile sosyal destek puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucunu saptamıştır. Sosyal desteğin azalması hastalarda depresyonu arttırmaktadır (Süleymanoğlu, 2003: 38).

1.4. BENLİK SAYGISI ve HEMODİYALİZ HASTALARI

1.4.1. Benlik Saygısı Kavramı

Literatür incelendiğinde sağlıklı bir kişilik gelişimi ve mutlu bir yaşam için gerekli olan benlik saygısı kavramının çeşitli araştırmacılarca değişik biçimlerde tanımlanmış ve açıklanılmaya çalışılmış olduğu görülmektedir.

Yörükoğlu'na göre benlik saygısı; "Kişinin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur." (Yörükoğlu, 1985: 93).

Tufan'a göre benlik saygısı; "Kendilik (self) sisteminin duygusal yönü ile ilgili olup, kişinin kendini nasıl gördüğüne ilişkin duygularıdır." Benlik saygısını belirleyen yargılarda bir değişmezlik, görelilik olarak bir süreklilik olmasıyla birlikte kişinin benlik saygısının değişmeye duyarlı olduğu da kabul görmektedir (Tufan, 1990: 29). Benlik saygısı dinamik ve öğrenilmiş bir yapıya sahiptir. Yaşamın ilk yılları bireyin benlik saygısı gelişimi açısından önemli bir dönem olsa da benlik saygısı tamamen bu dönemde oluşup ardından da aynı şekilde kalmayıp döngüsel bir etkileşim yolu ile oluşmaktadır. Koşulsuz olmayan ve bireye başkası tarafından verilemeyen benlik saygısı sadece ısrarlı bireysel çaba, ustalık ve anlamlı başarılar yolu ile kazanılabilir (Kaplan, 1995 Aktaran; Kaya ve Saçkes, 2004: 49-50).

Coopersmith'e göre benlik saygısı; "Bireyin kendini yetenekli, önemli, başarılı ve değerli olarak algılama derecesidir" (Coopersmith, 1967: 5).

Coopersmith'e göre benlik saygısının gelişimine katkı sağlayan dört temel faktör vardır. Birinci ve başta gelen faktör kişinin yaşamında önemli yere sahip diğer bireylerden aldığı ilgi, kabul ve saygının miktarıdır. Benlik saygısının gelişimine

katkı veren ikinci etken bireyin başarı geçmişi, sahip olduğu pozisyon ve statüdür. Bireyin başarıları toplumdaki statüsüyle ilişkili olarak bireyin fark edilmesini sağlar. Üçüncü faktör bireyin diğerlerince belirlenen ve kendisince de kabul edilen amaçlara ulaşmasıdır. Dördüncü faktör ise bireyin başkaları tarafından kendisi için yapılan değerlendirmelere verdiği karşılıktaki tavrıdır (Coopersmith, 1967: 37).

Barker'e göre benlik saygısı; "Kişinin içsel düşüncelerinden ve diğerlerinden aldığı onay görme ve kabul edilme durumundan kaynağını alan bireyin kişisel değerlilik duygusudur" (Barker, 1999: 433).

Leory'e göre benlik saygısı; "Benlik değerinin, kendine güvenmenin veya kendini kabulün kişisel ve bütünsel duygularını ifade eder" (Leory, 1996 Aktaran; Balat ve Akman 2004: 176).

Pişkin'e göre benlik saygısı; "Bireyin benlik imgesi ile ideal benliği arasındaki farkı değerlendirmesidir. Yani bireyin kendisini nasıl algıladığı ile olmak istediği benliği arasındaki fark bize o bireyin özsaygı düzeyini verir. Bu süreçte bireyin bu farkı nasıl değerlendirdiği ve bu farkın onun duygusal dünyasını nasıl etkilediği önemlidir. Benlik imgesi ve ideal benliğin gelişiminde görüleceği gibi, bireyin kendini nasıl gördüğü yani hali hazırdaki benlik imgesi ile ulaşmayı arzuladığı ideal benliği arasında farkın olması kaçınılmazdır ve bu fark normal bir olgu olarak kabul edilmelidir" (Pişkin, 2004: 100).

Benlik saygısı yüksek olan bireyler kendi kapasiteleri ile ilgili beklentileri yüksek olan bireylerdir. Kendileriyle ilgili bu olumlu tutumlarından ve elde ettikleri başarılı sonuçlardan dolayı kendi görüşlerine inanır ve onları kabul ederler. Böylelikle hem davranışlarına hem de ulaştıkları sonuçlara güvenirler (Tufan, 1993: 11). Benlik saygısı yüksek olan bireyler bağımsız olarak karar verebilen, risk alan, yeni fikirleri ve denenmemiş yaklaşımları takip eden ve kendi girişimlerini sürdüren kişilerdir (Waltz, 1991 Aktaran; Kaya ve Saçkes 2004: 54).

Benlik saygısı düşük olan bireyler ise kendilerine güvenleri az, düşüncelerinin kabul edilmeyeceğinden dolayı endişe duyan ve bu nedenle kendilerini ifade etmek istemeyen veya dikkat çekecek bir harekette kaçınan bireylerdir. Bu bireyler içinde bulunduğu gruplarda katılımcı olmaktan çok dinleyici olmayı

tercih ederler. Onların bu tutumları sosyal ilişkilerini sınırlar ve başkaları ile paylaşımcı ve destekleyici nitelikte ilişkiler kurma olasılığını azaltır (Tufan, 1993: 11-12).

1.4.2. Benlik Saygısının Gelişimi ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar

Literatür incelendiğinde benlik saygısı kavramının kuramsal gelişimine kişilik kuramcılarının, klinisyenlerin ve sosyal bilimcilerin etkisi olduğu görülmektedir (Coopersmith, 1967: 30). Benlik saygısı kavramının kuramsal gelişimine katkıda bulunan önemli araştırmacıların görüşleri şu şekilde özetlenebilir:

William James'in benlik saygısı üzerine analizleri özellikle "Psikolojinin Prensipleri" isimli yapıtta sunulmaktadır. James bireyin önemini ve öznel deneyimini çözümlene periyodunun ardından bireyin kendini destekler şekilde dikkate alıp almadığına karar vermede insan hırsları ve değerlerinin önemli bir role sahip olduğu sonucuna varmıştır. Ona göre bireyin başarıları herhangi bir davranış alanına karşı edindiği hırslarla ölçülendirilir. Eğer başarı değerli bir alandaki isteklerle karşılaşılır veya bunlara ulaşırsa mevcut sonuç kendine aşırı güvendir. Eğer bu değerli alandaki başarılardan uzaklaşırsa o zaman birey kendine az oranda yani iyi derecelendirilemeyecek noktada saygı duyar. James'e göre bu dünyadaki bireysel deneyimlerimiz tamamıyla geçmişte yaptığımız veya içinde bulunduğumuz şeylere bağlıdır. Bu ise gerçeğe dönüştürebildiklerimizin hayal ettiklerimize oranı ile ifade edilir. James benlik saygısını başarmak istediklerimizin başarılarımıza oranı olarak formüle etmektedir (Coopersmith, 1967: 29).

James insanların kendi bireysel değerlerinin imkânlarını kullanarak toplumun başarı ve statü standartlarını yakalayacağına inanır. Eğer kişi başarılı olursa gurur ve övünme hisseder. Eğer kişiler görüntüde pasifleşir (daha önemsiz konumda görünürlerse) ve gözden kaybolacak hale gelirlirse hor görüldüklerini hissederler. Bu bağlamda bireyin fiziksel bütünlüğüne ilave olarak bireye yüksek sosyal pozisyonda edindiği sosyal kimliği tanımayı önerir. Ona göre birey onu tanıyan insanlarda var olan sosyal kimlikler kadar çok sosyal kimliğe sahiptir ve onların zihninde bu kimlikte yer bulur. Bunlardan herhangi birini yaralamak onun

görüntülerini yaralamak yani onu yaralamak anlamına gelir (Coopersmith, 1967: 29-30).

G.H. Mead Düşünce, "Birey ve Toplum" isimli çalışması James'in sosyal kimlik olarak adlandırdığı şeyin daha detaylı halidir. Bir sosyolog olan Mead, bireyin işbirliği içinde olduğu üyeler ve onun sosyal grubunu oluşturan üyelerle birlikte olduğu süreçle ilgilidir. Mead, bireyin bu süreç döneminde onun yaşamındaki anahtar şekil olarak ifade edilen davranışları ve fikirleri kabul ettiğini ileri sürmüştür. Birey, bu dış objelerle ilgisinin yanında kendisi ile ilgili ifade edilen hareket ve davranışlar için de doğru desteği sağlar. Onun dünyasında önem ifade eden diğerleriyle özdeş kimlik davranışları geliştirir ve kendi içinde doğrularını bulmaya çalışır. Onların pozisyonunu kabul ederek, onların saygı duyduğu ve değer verdiği gibi kendine değer verir ya da onların karşı koyduğu, önemsemediği alana kendini koyarak küçümser. Bundan dolayı da kendi için önemli olan başkalarına nasıl görüldüğünü öğrenir; davranışları kabul eder veya diğer bireylerin kullandığı mimikleri kullanır ve kendi tedavisine yanıt verir veya bu şekilde tedaviye yanıt vermeye meyilli olur. Kendi deneyimlerinde yavaş yavaş sosyal olmaya başlar ve diğerlerine davrandığı şekilde kendisine karşı da bu şekilde davranır. Sonunda bir sosyal objenin özelliklerini kabul ettiğinde başkalarının kendi hakkında konuştuğu gibi konuşulma ve saygı duyulma sonucunu alır. Bu sağlandığında da başkalarının onu desteklediği değer ve özelliklere sahip olarak kendini hayal etmeye (ne olduğunu anlamaya) meyillenir (Coopersmith, 1967: 31).

Mead'in çalışmalarından benlik saygısının başkalarına değer biçmenin yansıtılmasından meydana geldiği sonucu çıkarılır. Kimlik değerlendirmesinin ölçülmesi bireyin sosyal dünyasında önemli kimlikleri tarafından kullanılan kriterlerin yaşamında yeniden şekillenmesidir. Mead'e göre hiçbir insan kendini değerlendirmesinde bir ada (sınırlı alan) değildir. Ne kadar yalıtılmış ve bağımsız olursa olsun birey var olmak için kendine inanabilir ve onun sosyal grubunu yansıtan bir aynayı kendi içinde taşır. Eğer benliğinde kendini yüksek bir yerde hissederse ona endişe ve saygı ile yaklaşan anahtar insanlar bulunmaktadır. Eğer o kendini aşağı pozisyonda tutarsa diğerleri ona daha alt tabakadanmış gibi davranır yani onu küçümser. Yaşamda önemli diğer kişilerin

görüşü Mead'in benlik saygısı çalışmalarındaki anahtardır (Coopersmith, 1967: 31).

Sullivan'a göre bireyin kendini yetersiz ya da düşük güvende bulması bireyin geçmişinde var olan önemli kişilerin onu aşağılamasına ve onun mevcut ortamında bulunduğu veya algıladığı aşağılanmayla ilişkilidir. Benlik saygısını ele alırken kişilerarası etkileşim ve ailedeki bireylerin özel önemi üzerinde odaklanır (Coopersmith, 1967: 32).

Karen Horney "Bizim İçsel Çatışmalarımız" isimli çalışmasında kişilerarası süreçler ve kendini küçümseme duygusunun engellenmesi üzerinde odaklanmıştır. Savunmasızlık (acizlik) ve izolasyon duygularını üretebilen bir dizi kötü faktörü listelemiştir. Temel kaygı olarak adlandırdığı bu duyguların mutsuzluk ve kişisel yetersizliğin başlıca kaynakları olduğuna inanmaktadır. Kaygı üreten koşullar baskı, aldırma, saygı eksikliği, küçümsenme takdir edilmeme, samimiyetsizlik, izolasyon ve ayrımcılığı kapsamaktadır. Horney, bu spesifik faktörlerin gerçekte sonsuz olduğunu ifade etmesine rağmen, tüm bu koşullardan önce gelen de anne-baba ile çocuk arasındaki ilişkideki huzursuzluğun olduğuna inanmaktadır. Bununla birlikte Horney'in benlik saygısı kaygı duygularına karşı geliştirilen savunmalar ve sonuçları üzerindeki çalışmasıdır. Horney, kaygının üstesinden gelme kişinin amaçlarının ve yeteneklerinin idealleştirilmiş bir biçiminin oluşturulmasıyla sağlanabileceğinden bahsetmiştir. Bu ideal, onun gerçekçi olmayan aşamaları başarılmasında benlik saygısını güçlendirici etkilere sahiptir. Bu idealize görüntü bu nedenle bireyin kendini nasıl değerlendirdiği konusunda önemli bir rol oynar (Coopersmith, 1967: 32-33).

Alfred Adler, "Bireysel Psikolojinin Teori ve Uygulamaları" isimli çalışmasında daha düşük seviyede benlik saygısı oluşturmada hastalığın önemi üzerinde diğer teorisyenlerden daha çok vurgu yapmaktadır. Nefes almada veya kas gelişimindeki bedensel zayıflıklar, körlük veya sakat bir kol gibi bozukluklar yetersizlik ve eksiklik gibi küçümsenme duygularını üretebilir. Ayrıca Adler'e göre küçümsenme duyguları her bireyin çocukluk deneyimlerinin kaçınılmaz bir sonucudur (Coopersmith, 1967: 33).

Literatür incelendiğinde düşünceleri doğrudan benlik saygısını temel almayan Fromm, Rogers ve Allport gibi kişilik teorisyenlerinin de olduğu görülmektedir. Fromm Özgürlükten Kaçış isimli eserinde sosyal izolasyonun yıkıcı etkileri üzerine vurgu yapmıştır. Ona göre eğer bir çocuk ya da yetişkin diğer insanlara karşı bir özgürlük kazanırsa kendi yolunu izleme fırsatını yakalar; ama eğer kendine güven hissetmezse özgürlükten vazgeçebilir. Bir gruba katılarak grubun getireceği imtiyazlardan ve korumadan faydalanır ama aynı zamanda kendini o grubun otoritesine zorunlu kılar. Kişinin bağımsızlığı mı yoksa bir grubun sağladığı güveni mi seçeceğini belirleyen durumların arasında dünyayı algılayabileceği karşılıklı saygı ve anlayışın temel alındığı ilişkiler kurabilme yetisinin olduğu sabit ve tutarlı bir referansın varlığı yer alır. Bu kişisel özellikler veyaraticılık, kişisel ifade gibi diğer özellikler teorik olarak kendine saygı ile bağlantılıdır ve kabullenme, saygı, ilgi, ifade özgürlüğü ve bağımsızlık gibi sosyal durumlarla belirtilir. Fromm bu olguyu tamamen bir sosyal çerçeve içinde tartışır. Benzer durumların aile birimi içinde de benzer sonuçları doğurması beklenir (Coopersmith, 1967: 34).

Carl Rogers benlik saygısıyla ilgili doğrudan bir fikir öne sürmemesine rağmen kendini kabullenmeyi kolaylaştıran ve çatışmayı azaltan koşullara yönelik tartışmaları benlik saygısı konusunun anlaşılmasına katkı sağlamıştır. Rogers her bireyin dış dünyaya uyumunu koruyan ve onlara yol gösterici olan öz görüş geliştirdiği önermesini ortaya koyar. Bu görüş çevreyle kurulan etkileşim ile geliştiğinden ötürü yargıları, tercihleri ve özel ailevi ve sosyal kurguların eksiklerini yansıtır. Rogers ön yargıların zararlı etkilerini bireyin bir varlık olarak veya seçilmiş davranış bileşenleri çerçevesinde kötü olduğuna işaret eder. Bu tür sert ve zıt yargılar bireyin kendini kabul etmesinden alıkoyar ve bu sebeple acı çekmesine neden olur. Bunlar rededilen veya göz ardı edilen ifadeler olsalar da değerlilik ve yetenek ile ilgili önde gelen şüpheler üreterek yıkıcı etkiler yaratmaya devam etmektedirler. Roger fikirlerin ve tesirlerin özgür bir şekilde ifade edilmesine izin veren sert veya sık değerlendirilen kıyaslamalara başvurmamanın aşırı serbest bir ortamın bireyin kendini tanımasına ve kabullenmesini sağladığını savunur. Anne ve babalar çocuklarına değer verirlerse bu yolla çocuk kendine saygı duymayı öğrenebilir, kendi değerlerini

oluşturmada inanç kazanır ve bir deneyim olarak kendine güvenmeyi öğrenir. Bunu başarmak farklılıkları kabul etmeye istekli, farklılıkları kabul edebilen ve çocuklarına güvenmeye hazır anne babalar gerektirir (Coopersmith, 1967: 34-35).

1.4.3. Hemodiyaliz Hastalarında Benlik Saygısına İlişkin Olarak Yapılan Araştırmalar

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi kronik böbrek yetmezliği hastalığı da bireyi sadece fiziksel yönden etkilememekte, ruhsal ve sosyal yönlerden de etkileyen bir sağlık sorunu olarak belirlemektedir. Kronik böbrek yetmezliği hastalığı sebebiyle hemodiyaliz tedavisi alan hastaların makineye ve tedavi ekibine bağımlı olmaları, hastalıklarından dolayı aile ve çalışma düzenlerindeki bozulmalar, gelecek ile ilgili kaygılar, beden imgesindeki değişmeler, sürekli ölüm düşüncesine sahip olmaları, sıkı bir diyet ve sıvı kısıtlaması, fiziksel yönden güçsüzleşmesi onların benlik saygısı üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır.

Kronik bir hastalığa yakalanma sebebiyle benlik saygısının azalması, kişinin kendine olan güvenini kaybetmesine, sosyal ilişkilerinin zedelenmesine ve hastalıkla mücadele etmeyi bırakmasına neden olabilir (Erdem ve Taşçı, 2003: 171). Bu bağlamda benlik saygısı, hemodiyaliz tedavisi alan bir hastanın hastalığına ve tedaviye uyum sağlamasında, hastalığına vereceği tepkide önemli bir değişken olarak ortaya çıkmaktadır.

Literatür incelendiğinde ülkemizde hemodiyaliz hastalarının benlik saygısına ilişkin az sayıda araştırmanın yapıldığı görülmektedir. Tan ve Karabulutlu'nun, sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan 46 hastanın benlik saygısı ve beden imajını algılayışları üzerine yaptıkları bir araştırmada hastaların Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri'nden aldıkları puan ortalaması 15.17 ± 4.76 olarak bulunmuştur. Araştırmacılar bu sonucun, kronik hastalığa sahip bireylerin benlik saygısı puanlarının düşük olduğu sonucunu destekleyen araştırmalarla paralel olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmacılar, benlik saygısı puan ortalamalarının 24-34 yaş grubunda en düşük olduğunu ve bunu 18-23 yaş grubunun izlediğini saptamışlardır. Aynı araştırmada erkek ve kadın hastaların benlik saygısı puan

ortalamları arasında ise istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur. Erkek hastaların benlik saygısı puan ortalaması kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (kadın 13.3+5.0, erkek 16.8+4.0 MWU 160.500 $p < 0.005$). Evli hastaların benlik saygısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulmamakla birlikte, evli hastalarda benlik saygısı ortalama puanı bekarlara göre yüksek bulunmuştur (Bekar 15.0+5.0, Evli 15.3+4.7 MWU 215.500 $p > 0.005$). Hastaların eğitim seviyesi yükseldikçe benlik saygısı puan ortalamaları artmaktadır. Hastaların tedavi gördükleri süre ile benlik saygısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla beraber 4-5 yıldır tedavi olan hastaların benlik saygısı puan ortalamaları diğerlerine göre yüksek bulunmuştur (Tan ve Karabulutlu, 2004: 71-72).

Alemdar'ın Offer Özbenlik Anketi kullanarak düzenli hemodiyaliz tedavisi alan gençler üzerinde yaptığı araştırmada gençlerin, aile ile ilişkiler ve moral değerler ölçeğinden yüksek puan aldıkları buna karşın beden benlik imajı ölçeğinden ise düşük puan aldıkları sonucuna varmıştır (Alemdar, 1990: 45).

1.5. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Hastalıklar, bireylerin sosyal rol ve fonksiyonlarını sağlıklı bir şekilde yerine getirmelerini engellemekte psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Tıp literaründe bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını tehdit eden birçok hastalık bulunmaktadır. Bu hastalıklardan biri de kronik böbrek yetmezliğidir. Kronik böbrek yetmezliği hastalığı tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi bireyi sadece fiziksel yönden değil ruhsal ve sosyal yönlerden de etkilemektedir. Haftanın birkaç günü diyaliz makinesine bağlanma bireyi makineye bağımlı kılmakta, bireyin özerkliğini sınırlamakta, çalışma ve iş yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalıkla birlikte fiziksel gücün azalması, çalışamama ve artan tedavi giderleri hastayı ekonomik yönde kayba uğratmakta, hasta birey çevresine bağımlı hale gelmektedir. Hastalığa bağlı olarak aile içinde rol ve sorumluluklar farklılaşmaktadır. Bu durum hasta ve hastanın içinde bulunduğu ailenin yeni duruma uyum sorununu gündeme getirmektedir. Hastalık bireyi bağımlı kılmakta, onun yeteneklerini sınırlamakta ve benlik saygısını zedelemektedir. Kronik böbrek yetmezliği hastada

anksiyeteye, uyum güçlüklerine, depresyona, cinsel işlev bozukluklarına, çeşitli sosyal ve ekonomik sorunlara neden olmaktadır. Özetle ifade etmek gerekirse kronik böbrek hastalığı bireyde organik, mental ve psikososyal sorunların geliştiği tablo olarak karşımıza çıkmaktadır (Özkan, 1993).

Organik, mental ve psikososyal sorunların geliştiği kronik böbrek yetmezliği hastalığında hastaların sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri, sosyal destek kaynakları ve benlik saygısı hastalık sürecini etkileyen önemli faktörler olarak ele alınabilir. Bu faktörlerin kronik hastalık süreci ile ilişkisi sırasıyla şu şekilde ifade edilebilir.

Yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma ve gelir durumu, yaşanan çevre gibi sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik değişkenler hastalık sürecini etkileyebilir veya hastalık sürecinden etkilenebilir. Bu bağlamda sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik değişkenler ile insan sağlığı arasında doğrudan bir ilişki olduğu söylenebilir.

Hastalık sürecinde birey, psikolojik ve sosyal desteğe çok daha fazla gereksinim duymakta ve bu nedenle sosyal destek sistemleri yetersiz olan hemodiyaliz hastaları hastalığın etkilerinden daha çok zarar görmektedirler. Bu sebeple kronik böbrek yetmezliği hastalığı tanısı alan ve hemodiyaliz tedavisi gören birey, kendini etkileyen psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarla sağlıklı bir şekilde başa çıkabilmesi için, bulunduğu çevrenin destek sistemlerinden yararlanmak durumundadır. Bir başka deyişle birey, hemodiyaliz tedavisi süresince empatik, bilgisel, maddi ve güvence veren sosyal desteğe gereksinim duymaktadır. Benlik saygısı ise kronik hastalığa sahip bireyin hastalığına göstereceği tepkiyi etkileyebilir, dolayısıyla hastanın hastalığına uyumunda belirleyici bir faktör olabilir.

Sosyal destek sistemlerinin hasta yararına harekete geçirilmesinde ve hastanın benlik saygısını yükselterek tedaviye uyumunun sağlanmasında sosyal hizmet uzmanının önemli rolleri vardır. Sosyal hizmet uzmanı öncelikle hastalar ile güven ilişkisi kurmalı, hasta bireyin güçlü ve zayıf yönlerini bir bütün olarak değerlendirmeli, hasta veyakınlarına psikososyal destek sağlamalı ve gerektiğinde toplumsal kaynakları harekete geçirmelidir.

Türkiye’de sosyal hizmet literatürü incelendiğinde hemodiyaliz hastalarının sosyal destek sistemlerinin benlik saygısına etkisini ele alan araştırmaya rastlanmamıştır. Konu ile ilgili bilimsel araştırmalara ihtiyaç vardır. Yapılan araştırmalar hemodiyaliz hastalarının sosyal destek kaynaklarını belirlemeye, sosyal desteğin depresyon ve anksiyeteye etkisi üzerinde odaklaşmaktadır. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların sosyo-demografik özelliklerinin, çevrelerince sağlanan sosyal desteğin ve hastalık sürecinin hastaların benlik saygısına etkisinin ne olduğunun ortaya konması araştırmanın problemi olarak ele alınmıştır.

1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin, sosyal destek kaynaklarının ve hastalık sürecinin benlik saygısına etkisinin ortaya konmasıdır. Araştırmanın genel amaçları doğrultusunda alt amaçları şunlardır:

1. Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri ile benlik saygısı arasındaki ilişkileri ele alan denenceler.

Denence 1: Hemodiyaliz hastalarının cinsiyetlerine göre benlik saygısı farklıdır.

Denence 2: Hemodiyaliz hastalarının yaşlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Denence 3: Hemodiyaliz hastalarının medeni durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Denence 4: Hemodiyaliz hastalarının gelir durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Denence 5: Hemodiyaliz hastalarının eğitim durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Denence 6: Hemodiyaliz hastalarının sosyal güvence durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Denence 7: Hemodiyaliz hastalarının yaşadıkları yere göre benlik saygısı farklıdır.

Denence 8: Hemodiyaliz hastalarının oturdukları konutun türüne göre benlik saygısı farklıdır.

Denence 9: Hemodiyaliz hastalarının oturdukları konutun mülkiyetine sahip olma durumuna göre benlik saygısı farklıdır.

Denence 10: Hemodiyaliz hastalarının aile biçimlerine göre benlik saygısı farklıdır.

2. Hemodiyaliz hastalarının hastalık sürecine ilişkin özellikleri ile benlik saygısı arasındaki ilişkileri ele alan denenceler

Denence 11: Hemodiyaliz hastalarının hemodiyaliz tedavisine başlama süresine göre benlik saygısı farklıdır.

Denence 12: Hemodiyaliz hastalarının tedavi ekibince yapılan önerilere uyup uymama durumuna göre benlik saygısı farklıdır.

Denence 13: Hemodiyaliz hastalarının organ nakli olup olmama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Denence 14: Hemodiyaliz hastalarının sekonder hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Denence 15: Hemodiyaliz hastalarının ameliyat olup olmama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

3. Hemodiyaliz hastalarının sosyal destek alıp almama durumları ile benlik saygısı arasındaki ilişkileri ele alan denenceler.

Denence 16: Hemodiyaliz hastalarının empatik sosyal destek alıp almama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Denence 17: Hemodiyaliz hastalarının bilgisel sosyal destek alıp almama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Denence 18: Hemodiyaliz hastalarının araçsal sosyal destek alıp almama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Denence 19: Hemodiyaliz hastalarının maddi sosyal destek alıp almama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Denence 20: Hemodiyaliz hastalarının güvence veren sosyal destek alıp almama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

1.7. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Hastalık durumunda ve özellikle kronik hastalıklarda bireyin psikolojik ve sosyal desteğe duyduğu gereksinim artmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği tanısından sonra bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal dengesi bozulmakta; hasta birey korku, endişe ve belirsizlik duygusu yaşamaktadır. Bu durum bireyin kişisel ve sosyal uyum düzeyini bozmakta, ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalığa yakalanan bireyin psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarını çözmesinde çevrelerince sağlanacak sosyal destek önem kazanmaktadır. İnsana yönelen bir meslek olan sosyal hizmet mesleğinin uygulamadaki önemli bir boyutu da sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesidir. Bu açıdan Türkiye’de hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyal destek sistemlerinin belirlenmesinin sosyal hizmet uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Hemodiyaliz hastalarının sosyal destek sistemleri ve benlik saygısı tedavi ekibinin bir üyesi olan sosyal hizmet uzmanını yakından ilgilendirmektedir. Tıbbi tedavi kurumlarındaki ekip çalışması hasta ve ailesinin mevcut imkanlardan en üst düzeyde yararlanmasını sağlamaktadır. Tedavi ekibi içinde yer alan sosyal hizmet uzmanları sosyal hizmet mesleğinin güçlendirme yaklaşımını temel alarak hemodiyaliz hastaları ve aileleri için mesleki müdahalelerini gerçekleştirebilirler. Parsons, sosyal hizmet uygulamalarının ortak amacını müracaatçı sistemlerinin güçlendirilmesi olarak tanımlamaktadır (Öntaş, 2001: 103). Sosyal hizmet mesleğinin yaklaşımlarından biri olan güçlendirme yaklaşımı müracaatçıya uygun kaynaklar sağlamayı, müracaatçının karar verme gücünü ve problem çözme kapasitesini geliştirmeyi amaçlar ve böylece bireylere yaşamlarının önemli dönemlerinde bağımsız karar verebilmelerine imkan tanır (Payne, 1997, Aktaran Özbesler, 2001: 46). Hemodiyaliz hastaları ve onların aileleriyle çalışan bir sosyal hizmet uzmanı müracaatçılarının gereksinimlerinin karşılanması ve sorunlarının çözümüne yönelik kaynaklar hakkında onları bilgilendirebilir, yaşamları ile ilgili önemli kararlar vermelerine

yardımcı olabilir, kendilik etkinliğini diğer bir değişle ego fonksiyonlarını güçlendirebilir, değişim için kişisel sorumluluk almalarına yardımcı olabilir.

1.8. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI

Bu araştırmada kabul edilen sayılıtlar şunlardır:

1. Hemodiyaliz hastalarının psiko-sosyal desteğe gereksinimi vardır.
2. Sosyal destek hemodiyaliz hastalarının psiko-sosyal uyumunda önemli bir etkiye sahiptir.

1.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma 2005-2006 yılında Ankara ilinde üç hastanede (Atatürk Eğitim ve Araştırma, Etlik ve Yüksek İhtisas) düzenli hemodiyaliz tedavisi alan yetişkin hastalarla sınırlıdır. Zaman ve olanakların kısıtlılığı sebebiyle Ankara'da özel diyaliz merkezlerinde hemodiyaliz tedavisi alan hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır. Ayrıca, hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri, hastalık sürecine ilişkin özellikleri, psiko-sosyal özellikleri ve sosyal destek kaynakları " Anket Formu'nda" yer alan sorularla sınırlandırılmıştır.

1.10. TANIMLAR

Bu bölümde denencelerde ifade edilen bazı kavramların işlevsel tanımları yer almaktadır.

Hemodiyaliz Hastaları: Ankara'da üç hastanede (Atatürk, Yüksek İhtisas, Etlik İhtisas) düzenli olarak hemodiyaliz tedavisi gören yetişkin hastalar.

Benlik Saygısı: Coopersmith Benlik saygısı Envanterinden alınan puandır.

Empatik Sosyal Destek: Hemodiyaliz hastalarının tedavileri süresince karşılaştıkları güçlüklerle ilgili olarak duygu ve düşüncelerini ifade edebilmeleri için onları cesaretlendiren, sevildiklerini ve değerli olduklarını hissetmelerini sağlayan davranış biçimidir.

Bilgisel Sosyal Destek: Hemodiyaliz hastalarının tedavileri süresince hastalık, hastalığın tedavisi, alternatif tedaviler ve hastanın bakımı konularında bilgi verici davranış biçimidir.

Maddi Sosyal Destek: Hemodiyaliz hastalarının tedavileri süresince ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla para, giyecek, eşya, tıbbi malzeme, ilaç vb. biçiminde maddi açıdan yardımlarda bulunma davranış biçimidir.

Araçsal Sosyal Destek: Hemodiyaliz hastalarına tedavileri süresince hastalıkları nedeniyle yerine getirmede güçlük çektikleri sorumlulukların (yemek yapma, çocukların bakımı vs.) üstlenilmesini içeren davranış biçimidir.

Güvence Veren Sosyal Destek: Hemodiyaliz hastalarının tedavileri süresince onlarla ilgilenilmesini, onların neşelendirilmesini ve böylelikle hastalıklarından uzaklaşmalarını sağlayan davranış biçimidir.

BÖLÜM II

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırma modeli, evren ve örneklem, verilerin toplanması, veri toplama araçları ile süre ve olanaklar ele alınarak açıklanmıştır.

2.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Bu araştırmada iki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve\veya derecesini belirlemeyi amaçlayan ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır (Karasar, 1994: 81).

Bu araştırmada bağımlı değişken ile bir dizi bağımsız değişken arasındaki ilişkiler incelenecektir. Araştırmada benlik saygısı bağımlı değişken olarak ele alınacaktır. Sosyal desteğin beş boyutu (empatik, maddi, araçsal, bilgisel ve güvence veren), hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik ve soyo-ekonomik özellikleri, hastaların hastalık sürecine ilişkin özellikleri ise bağımsız değişken olarak ele alınmıştır.

Denencelerin bir kısmı hemodiyaliz hastalarının benlik saygısı ile diğer değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence, eğitim durumu) arasında bir fark olup olmadığını sınamak üzere hazırlanmışlardır. Diğer denenceler ise hemodiyaliz hastalarının çevrelerinden aldıkları sosyal destek, hastalık sürecine ilişkin özellikleri ile benlik saygısı arasında farkın olup olmadığını sınamak için hazırlanmıştır.

2.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Düzenli hemodiyaliz tedavisi alan yetişkin hastalarının geçmişte, halen ve gelecekte de hemodiyaliz tedavisi almalarının muhtemel olduğu düşünüldüğünde bu araştırmada evren, hemodiyaliz hastalarının süreç içinde, geçmişte, halen ve gelecekte, meydana getirdiği bir yığın olarak ele alınmıştır.

(Öngel,1980: 8). Araştırmanın çalışma evrenini ise 2005-2006 yılında Ankara'da Etlık İhtisas, Yüksek İhtisas ve Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde düzenli hemodiyaliz tedavisi alan 117 erişkin hemodiyaliz hastası oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan 117 hastanın 69'u Etlık İhtisas Hastanesi'nde, 32'si Yüksek İhtisas Hastanesi'nde, 16'ısı ise Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde düzenli hemodiyaliz tedavisi almaktadır.

2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özelliklerine, psikolojik özelliklerine, benlik saygısına, hastalık sürecine ve çevrelerinden aldıkları sosyal desteğe ilişkin bilgilerin toplanması amacıyla iki ayrı veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlardan birincisi anket diğeri ise Stanley Coopersmith tarafından geliştirilen Benlik Saygısı Envanteridir. Ankette hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, psiko-sosyal özellikleri, sosyal destek özelliklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Hemodiyaliz hastalarının çevrelerinden aldığı sosyal destek sistemlerinin neler olduğu çok boyutlu sosyal destek ölçeğinden yararlanılarak belirlenmeye çalışılmıştır.

2.3.1. Anket

Araştırma kapsamına giren ve düzenli hemodiyaliz tedavi alan yetişkin hastalara yönelik hazırlanan anket toplam 41 sorudan ve aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır.

. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Ekonomik ve Demografik Özelliklerine İlişkin Bilgiler: Bu bölümde hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvence durumu, en uzun süre yaşadığı yer, ortalama gelir durumu, oturduğu konutun mülkiyeti ve aile biçimine ilişkin sorular yer almaktadır.

. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyal Destek Özelliklerine İlişkin Bilgiler: Bu bölümde hastaların çevrelerince sağlanan sosyal destek (empatik, bilgisel, maddi, araçsal ve güvence veren) özelliklerine ilişkin sorular yer almaktadır.

. Hemodiyaliz Hastalarının Hastalık Sürecine İlişkin Özellikleri: Bu bölümde hastaların hemodiyaliz tedavisi alma süresi, hemodiyaliz tedavisi alma sıklığı,

ilaçlarını düzenli kullanma durumu, tedavi ekibince yapılan önerilere uyma durumu, hemodiyaliz seanslarını erken terk etme durumu, kilo alma durumu, diyet sorunu yaşama durumu, organ nakli olma durumu, hastalıklarıyla ilgili bilgi sahibi olma durumu, fistülle ve krampla ilgili sorun yaşama durumu, sekonder hastalık durumu, ameliyat geçirme durumu, hemodiyaliz seanslarında vakitlerini nasıl geçirdikleriyle ilgili sorular bulunmaktadır.

. Hemodiyaliz Hastalarının Psiko-Sosyal Durumlarına İlişkin Özellikleri: Bu bölümde hastaların kronik böbrek yetmezliği hastalığının teşhisine yönelik ilk tepkileri, hastalıklarına ilişkin hissettikleri, ölüm ve ölüme ilgili konuları düşünme sıklıkları, tedavi ekibine karşı duyguları, iş yaşamlarında ve sosyal ilişkilerinde ortaya çıkan değişiklikler, ileriye dönük plan ve beklentilerine ilişkin sorular yer almaktadır.

2.3.2. Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri

Hemodiyaliz hastalarının benlik saygısı, Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri ile ölçülmüştür. Stanley Coopersmith tarafından geliştirilen bu envanter, kişinin çeşitli alanlarda kendisi hakkındaki tutumunu değerlendirmede kullanılan bir ölçme aracıdır. Bu envanter için geçerli olan benlik saygısı kavramı; kişinin kendisi hakkında ve sürekliliği olan bir değerlendirme anlamında kullanılmıştır. Böyle bir değerlendirme, kişinin kendisi için onayladığı ya da onaylamadığı bazı özellikleri ile ilgilidir. Bir başka deyişle benlik saygısı kişinin kendi değerleri hakkındaki yargısıdır. Envanter için kabul edilen benlik saygısı tanımının üç özelliği vardır. 1) Benlik saygısı kişinin kendisi ile ilgili genel değerlendirmesini yansıtan bir yargıdır. 2) Bu yargının görelî olarak sürekliliği vardır, hemen değişmez. 3) Bu yargı, kişinin yaşına, cinsiyetine ve sosyal rollerine bağlı çeşitli konularına göre farklılaşabilir (Coopersmith, 1986).

Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri'nde "evet" ya da "hayır" biçiminde yanıtlanabilen 25 ifade bulunmaktadır. Yüksek puan yüksek benlik saygısı anlamına gelmektedir (Coopersmith, 1986).

Bu envanterin güvenilirlik çalışması Turan tarafından 30 kanserli hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Envanter bu hastalara 15 gün arayla uygulanmış ve test

yeniden test sonunda $r=0.65$ olarak önemli bulunmuştur (Turan ve Tufan, 1987; Aktaran Tufan, 1993: 38).

2.4. VERİLERİN TOPLANMASI, İŞLENMESİ VE ÇÖZÜMLENMESİ

Bu araştırmada veriler, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün izni alınarak Ankara'da kent merkezinde bulunan ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı üç hastanede (Atatürk Eğitim ve Araştırma, Yüksek İhtisas ve Etlik İhtisas) düzenli hemodiyaliz tedavisi alan yetişkin hemodiyaliz hastalarından araştırma amaçları doğrultusunda oluşturulan anket aracılığıyla toplanmıştır. Veri toplama süreci 22 Mart- 22 Ağustos 2006 tarihleri arasındaki zaman diliminde gerçekleştirilmiştir. Araştırma, bazı hastaların araştırmaya katılmak istememesi, uyuyor olması, yorgun olması nedeni ile anket uygulamayı kabul eden 117 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Anket uygulaması sürecindeki yapılan gözlemler toplanan verilerin anlaşılmasına, değerlendirilmesine ve yorumlanmasına katkı sağlamıştır.

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS Versiyon 11,5 programında analiz edilmiş ve değişkenlerin niteliğine göre sıklık, yüzde, standart sapma, ortalama gibi betimsel istatistikler ile t ve F gibi kanıtlamasal istatistiksel teknikler kullanılmıştır.

2.5. SÜRE VE OLANAKLAR

Bu çalışma 2005-2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş ve araştırmanın maliyeti araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR ve YORUM

3.1 HEMODİYALİZ HASTALARININ SOSYO-EKONOMİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde hemodiyaliz hastalarının cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, aile biçimi, aylık ortalama gelir durumu, yaşadıkları konut türü ve mülkiyetinin kime ait olduğu, bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumu, en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimi, öğrenim durumları ve meslekleri gibi sosyo-ekonomik ve demografik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 1: Hastalarının Cinsiyete Göre Dağılımları

Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	39	33,3
Erkek	79	66,7
Toplam	117	100

Araştırmaya katılan hastaların % 33,3'ünü kadın, % 66,7'sini ise erkek hastalar oluşturmaktadır. Çizelgeden de anlaşıldığı gibi erkek hastaların oranı kadın hastaların oranından büyük ölçüde fazladır. Bu durum, çalışma evrenini oluşturan hastanelerdeki erkek hasta sayısının kadın hasta sayısına oranla daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çizelge 2: Hastalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

Yaş Grubu	Sayı	%
19-25	9	7,7
26-35	23	19,7
36-45	31	26,5
46-55	28	23,9
56-65	26	22,2
Toplam	117	100

Araştırmaya katılan 19-65 yaş aralığındaki hastaların yaş ortalaması 44,2 standart sapması ise 12,14 olarak bulunmuştur. Hastaların yaş grubuna göre dağılımları incelendiğinde 36-45 yaş grubundaki hastalar % 26,5 oranıyla ilk sırada yer almakta, bu yaş grubunu % 23,9'la 46-55 yaş grubundaki hastalar ve % 22,2 oranı ile 56-65 yaş aralığındaki hastalar izlemektedir. 26-35 Yaş grubundaki hastalar ise araştırma kapsamına giren hastaların % 19,7'sini oluşturmaktadır. 19-25 yaş grubundaki hastalar ise araştırmaya katılan hastalar içinde % 7,7 ile hem niceliksel hem de oransal olarak en küçük yaş grubunu oluşturmaktadır.

İnsanların kişisel, toplumsal ve ekonomik yönden en üst düzeye eriştikleri 35'li yaşlardan başlayarak birçok görevlerinden emekliye ayrıldıkları 65 yaşına kadarki dönem gelişimsel açıdan yetişkinlikte orta yıllar olarak değerlendirilebilir (Onur, 1995: 143). Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde 35-65 yaş grubundaki hastaların araştırmaya katılan hastaların büyük bir çoğunluğunu oluşturduğu görülmektedir. Bu bağlamda orta yetişkinlik döneminin gelişimsel özellikleri ve ihtiyaçlarının göz önüne alınması, hastalara profesyonel yardım veren mesleklerin dikkate alması gereken bir bulgu olarak ortaya çıkmaktadır.

Çizelge 3: Hastalarının Medeni Durumları

Medeni Durum	Sayı	%
Evli	83	70,9
Bekar	25	21,4
Diğer	9	7,7
Toplam	117	100

Hastaların medeni durumları incelendiğinde % 70,9 gibi büyük bir kısmının evli olduğu, buna karşın % 21,4'ünün ise bekar olduğu anlaşılmaktadır. Hastaların % 7,7'si gibi küçük bir kısmı ise boşanmış veya duldur. Hastaların büyük bir kısmının evli olması hemodiyaliz hastalarının sosyal destek kaynaklarının dağılımına etkide bulunabilecek bir faktör olarak düşünülebilir.

Çizelge 4: Hastalarının Aile Biçimleri

Aile Biçimi	Sayı	%
Çekirdek Aile	79	67,5
Geniş Aile	30	25,6
Diğer	8	6,8
Toplam	117	100

Araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının aile biçimleri incelendiğinde % 67,5 gibi büyük bir kısmının anne, baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aile yapısına sahip olduğu % 25,6'sının anne, baba ve çocuklar yanında akrabalarında olduğu geniş aile yapısına sahip olduğu % 6,8'inin ise diğer yani yalnız yaşadığı veya parçalanmış aile yapısına sahip olduğu görülmektedir.

Ülkemizde sanayileşme ve kentleşme süreciyle birlikte yasal, toplumsal ve ekonomik yapıdaki değişiklikler aile yapısını ve aile içindeki bireylerin konumlarını da etkileyerek günümüz toplumsal yapısında geniş ailenin yapısal işlevsel dönüşümü sonucu çağdaş çekirdek aileleri ortaya çıkarmıştır (Karataş, 2001: 94, Kongar, 1994: 427-428). Bu bağlamda Türk toplumundaki geleneksel aile yapısından çekirdek aile yapısına geçiş süreci araştırma bulguları ile de paralellik göstermektedir.

Çizelge 5: Ailelerin Aylık Ortalama Gelir Durumu

Ortalama Gelir (YTL)	Sayı	%
0-250	13	11,1
251-500	51	43,6
501-750	23	19,7
751-1000	16	13,7
1001ve üzeri	14	12,0
Toplam	117	100

Ailelerinin aylık ortalama gelir durumuna bakıldığında çoğunluğun yani % 54,7'sinin 0 ile 500 YTL arasında bir gelire sahip oldukları görülmektedir. 501-750 YTL arasında aylık ortalama geliri olanların oranı % 19,7dir. 751-1000 YTL arasında aylık ortalama geliri oranların oranı % 13,7 ve 1000 YTL üzeri aylık

ortalama geliri olanlar ise araştırmaya katılanların sadece % 12'sini oluşturmaktadır. TÜRK-İŞ tarafından her ay düzenli olarak yapılan ‐açlık ve yoksulluk sınırı‐ çalışmasının Ağustos 2006 sonucuna göre, dört kişilik bir ailenin dengeli ve sağlıklı beslenebilmesi için yapılması gereken gıda harcaması tutarı 574,03 YTL, insan onurunun gerektirdiği yaşam düzeyinin sağlanması için yapılması gereken toplam harcama tutarı ise 1.869,81 YTL olarak hesaplanmıştır (www.turkis.org.tr). Bu araştırma temel alındığında yoksulluğun araştırmaya katılan hemodiyaliz hastaları arasında belirgin bir biçimde görülmekte olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Çizelge 6: Hastaların Oturdukları Konut Türü

Konut Türü	Sayı	%
Apartman Dairesi	64	54,7
Gecekondu	47	40,2
Diğer	6	5,1
Toplam	117	100

Araştırmaya katılan hastaların % 54,7'si apartman dairesinde, % 40,2'si ise gecekonduda oturmaktadırlar. Hastaların çoğunluğunun apartman dairesinde oturuyor olmasında araştırmanın çalışma evreninin kent merkezindeki hastanelerden oluşmasından kaynaklandığı düşünölmektedir. Gecekonduda yaşayan hastaların oranının yüksek çıkması ise hastaların çoğunun gelir düzeyinin düşüklüğü ile ilişkilendirilebilir.

Çizelge 7: Hastaların Yaşadıkları Konutun Mülkiyeti

Yaşanılan Konutun Mülkiyeti	Sayı	%
Kendi Mülkiyeti	65	55,6
Mülkiyeti Başkasının	52	44,4
Toplam	117	100

Hastaların % 55,6'sı oturdukları konutun mülkiyetine sahipken % 44,4'ü oturdukları konutun mülkiyetine sahip değillerdir. Düşük gelire sahip hastaların % 44,4'ünün kira ödemesi hastalıkları nedeniyle çalışamama durumlarından

uğradıkları gelir kayıplarını daha da arttırmakta ve hastalar arasında yoksulluk daha da belirginleşmektedir.

Çizelge 8: Hastaların Sosyal Güvenlik Kurumları

Sosyal Güvenlik Kurumu	Sayı	%
Bağ-Kur	14	12
Emekli Sandığı	3	2,6
Yeşil Kart	30	25,6
SSK	70	59,8
Toplam	117	100

Hastaların % 59,8'i SSK, % 25,6'sı Yeşil Kart, % 12'si Bağ-Kur, % 2,6'sı ise Emekli Sandığı mensubudur. Hastaların çoğunluğunun SSK'lı olması araştırma verilerinin büyük bir kısmının önceden SSK'ya bağlı olan ve sadece SSK mensuplarına hizmet veren Etlik İhtisas Hastanesi'nden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yeşil kartlı hastaların tüm hastalar içinde yaklaşık ¼ oranda olması hastaların gelir düzeylerinin düşüklüğüne işaret eden diğer bulgularla paralellik göstermektedir. Hastaların tamamının sosyal güvenceye sahip olmaları ise hemodiyaliz tedavisinin pahalı ve sürekliliği olan bir tedavi olması ile ilişkili olduğu ifade edilebilir.

Çizelge 9: Hastaların Hayatları Boyunca En Uzun Süre Yaşadıkları Yerleşim Birimi

Yaşanılan Yer	Sayı	%
Köy	35	29,9
İl ve İlçe	82	70,1
Toplam	117	100

Hastaların yaşamları boyunca en uzun süre yaşadıkları yer % 70,1 oranıyla çoğunlukla il ve ilçelerdir. Köyde yaşayanların oranı % 29,9'dur. Araştırma verileri kent merkezinde tedavi alan hastalardan oluşmasına rağmen % 29,9 gibi bir oranın yaşamlarının büyük bir kısmını köyde geçirmelerinin ortaya çıkmasında hemodiyaliz tedavisi almak amacıyla kırsal kesimden kente gelen veya yaşadığı çevreyi değiştirmek zorunda kalan hastaların varlığına işaret etmektedir.

Çizelge 10: Hastaların Öğrenim Durumları

Öğrenim Durumları	Sayı	%
Okuma Yazma Bilmiyor	8	6,8
Okur Yazar	12	10,3
İlkokul Mezunu	57	48,7
Ortaokul Mezunu	18	15,4
Lise Mezunu	20	17,1
Lisans Mezunu	2	1,7
Toplam	117	100

Hastaların öğrenim durumlarına ilişkin verilen incelendiğinde genel olarak düşük eğitim düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşılabılır. Üniversite mezunu olan hastaların oranı sadece % 1,7'dir. Hastaların % 48,7 gibi büyük bir çoğunluğu ilkokul mezunudur. Geriye kalan hastaların % 17,1'i lise mezunu, % 15,4'ü ortaokul mezunu, % 10,3'ü okuryazar, % 6,8'i ise okuma yazma bilmemektedir.

Çizelge 11: Hastaların Çalışma Durumları

Çalışma Durumu	Sayı	%
Çalışan	16	13,7
İşsiz	24	20,5
Ev Kadını	30	25,6
Emekli	47	40,2
Toplam	117	100

Hastaların çalışma durumları incelendiğinde kronik böbrek yetmezliği hastalığının bireylerin çalışma yaşamları üzerinde olumsuz bir etki yarattığı açıkça görülmektedir. Hastaların % 13,7 gibi küçük bir oranı çalışma hayatına katılmakta geriye kalan % 86,3 gibi büyük bir kısmı çalışma yaşamından uzak kalmaktadır.

3.2.HEMODİYALİZ HASTALARININ HASTALIK SÜRECİNE İLİŞKİN BULGULARI

Bu bölümde hemodiyaliz hastalarının hemodiyaliz tedavisi alma sürelerine, hemodiyaliz tedavisi alma sıklıklarına, ilaçlarını düzenli kullanma durumlarına, sekonder hastalığa sahip olma durumlarına, sekonder hastalık durumlarına, tedavi ekibince yapılan önerilere uyma durumuna, tedavi ekibine karşı tutumlarına, hemodiyaliz seansını erken terk etme durumlarına ve sıklıklarına, tansiyon sorunu yaşama durumlarına, fistüle ve diyetle ilişkin sorunlarına, diyetle uymama nedenlerine, diyaliz seansında kramp sorunu yaşama durumlarına, hastalıklarıyla ilgili bilgi sahibi olma durumlarına, beden imajlarını algılama durumuna, kendilerini tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı olarak görme durumlarına, ölümü düşünme sıklıklarına, gelecek kaygısı yaşama durumlarına, yaşamlarını kısıtlanmış olarak görme durumlarına, hastalıklarını kabullenme durumlarına, hastalığın sosyal ilişkilere etkisine, hemodiyaliz seanslarında vakit geçirme durumlarına, geleceğe yönelik beklentilerine, hastalıklarını iyileşebilir olarak görme durumlarına, kendilerini yorgunluk içinde hissetme durumlarına, kendilerini zihinsel çökkünlük içinde hissetme durumlarına, kronik böbrek yetmezliği hastalığı teşhisine yönelik ilk tepki durumlarına ve hastalığın çalışma yaşamı üzerindeki etkisine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 12: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi Alma Süreleri

Tedavi Süresi	Sayı	%
0-1 Yıl	21	17,9
1-3 Yıl	22	18,8
3-5 Yıl	18	15,4
5-10 Yıl	41	35
10 Yıl Üzeri	15	12,8
Toplam	117	100

Araştırmaya katılan hastaların % 17,9'u 0-1 yıl arası, % 18,8'i 1-3 yıl arası, % 15,4'ü 3-5 yıl arası, % 35'i 5-10 yıl arası, % 12,8'i ise 10 yıl ve üzeri süre ile hemodiyaliz tedavisi almaktadır. 5-10 yıl arası hemodiyaliz tedavisi alanlar araştırmaya katılan hastaların büyük bir kısmını oluşturmaktadır.

Çizelge 13: Hastaların Hemodiyaliz Tedavisi Alma Sıklıkları

Hemodiyaliz Tedavisi Alma Sıklığı	Sayı	%
Haftada 3 kez	116	99,1
Haftada 2 kez	1	0,9
Toplam	117	100

Hemodiyaliz üniteleri, modern tıbbi tedavi üniteleri içinde oldukça karmaşık yapılardır. Hastaların yaşamlarını sürdürebilmeleri haftada üç kez programlanan ve her biri 4-6 saat süren hemodiyaliz tedavisine bağlıdır (Kaplan ve Sadock, 2004: 340). Çizelge 13 incelendiğinde yukarıdaki bilgilere paralel olarak hastaların neredeyse tamamı haftada 3 gün hemodiyaliz tedavisi almaktadır.

Çizelge 14: Hastaların İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumları

İlaçları Kullanma Durumu	Sayı	%
Düzenli Kullanıyor	63	53,8
Düzenli Kullanmıyor	10	8,5
Bazen Aksatıyor	44	37,6
Toplam	117	100

Böbrek işlevlerinin geriye dönüşü olmaksızın kaybedilmesi durumunda hastalara uygulanan hemodiyaliz tedavisine ek olarak, kronik böbrek hastalığına yakalanan hastalara ilaç tedavisi de uygulanmaktadır. Kısa süreli ilaç tedavilerinde tedaviye uymama oranı daha düşük iken kronik hastalıkların uzun süreli tedavilerinde ve hastanın yaşam biçimini değiştirmeye yönelik tedavilerde uymama oranı çok fazladır (Brownell, Marlatt, Lichenstein ve Wilson, 1986 Aktaran; Şahin 1999: 66). Araştırmaya katılan hastaların % 53,8'i ilaçlarını düzenli kullandıklarını, % 37,6'sı bazen aksattıklarını, % 8,5'i ise düzenli kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların önemli bir kısmının ilaçlarını bazen aksatarak kullanmaları kronik hastalığa sahip olma ile ilişkilendirilebilir.

Çizelge 15: Hastaların Sekonder Hastalığa Sahip Olma Durumları

Sekonder Hastalık Durumu	Sayı	%
Var	35	29,9
Yok	82	70,1
Toplam	117	100

Çizelge 15'te araştırmaya katılan hastaların sekonder bir hastalığa sahip olup olmama durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Bu bulgulara göre hastaların % 29,9'unun sekonder bir hastalığa sahip olduğu , % 70,1'inin ise sekonder bir hastalığa sahip olmadığı görülmektedir.

Kronik böbrek hastalarında sekonder hastalıkların ortaya çıkması hastalığın prognozunu kötüleştirmekte dolayısıyla hastanın yaşam kalitesi veya yaşam süresi üzerinde olumsuz etkiler ortaya çıkarmaktadır.

Çizelge 16: Hastaların Sekonder Hastalık Durumları

Sekonder Hastalık Türü	Sayı	%*
Diabet	13	34,2
Kardiyak Problemler	9	23,7
Hepatit	7	18,4
Astım	2	5,3
Epilepsi	2	5,3
Sistemik Lüpus	2	5,3
Diğer (Akdeniz anemisi, üriner sistem enfeksiyonları, işitme azlığı, akciğer problemleri, ortopedik özür, kanser)	6	15,6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların sekonder hastalık durumlarına ilişkin bulgular incelendiğinde % 34,2'sinde diabet, % 23,7'sinde kardiyak problemler, % 18,4'ünde hepatit, % 5,3'ünde astım, epilepsi, sistemik lüpus, % 15,6'sında ise diğer hastalıklar (Akdeniz anemisi, üriner sistem enfeksiyonları, işitme azlığı, akciğer problemleri, ortopedik özür ve kanser) görülmektedir. Bu bulgulara göre

diabet, kardiyak problemler ve hepatit hastalarda yoğun olarak görülen sekonder hastalıkları oluşturmaktadır. Sekonder hastalığın varlığı, kronik hastalığın prognozunu olumsuz etkileyerek mortalite riskini artırmaktadır.

Çizelge 17: Hastaların Tedavi Ekibince Yapılan Önerilere Uyma Durumu

Önerilere Uyma Durumu	Sayı	%
Önerilere Uyuyor	58	49,6
Önerilere Uymuyor	4	3,4
Önerileri Bazen Aksatıyor	55	47
Toplam	117	100

Hastaların, tedavi ekibinin önerdikleri davranış ve tedaviyi benimsememeleri çok önemli bir tıbbi sorun olarak tedaviye uymamaya, bir başka deyişle tedavi gereklerini yerine getirmede işbirliğine yönelmemeye yol açmaktadır (Şahin, 1999:66). Belirli bir diyet uygulama zorunluluğu ve sıvı kısıtlaması hemodiyaliz hastalarına tedavi ekibince yapılan önerilerin başında gelmektedir. Sıvı kısıtlaması ve belirli bir diyet uyma zorunluluğu hemodiyaliz hastalarının hayatta kalmalarını veya yaşam kalitelerini etkileyen en önemli unsurlar arasındadır. Araştırma bulguları hastaların % 49,6'sı tedavi ekibince yapılan önerilere uyduğunu, % 47'sinin önerileri bazen aksattığı, % 3,4'ünün ise önerilere uymadığını ortaya koymaktadır. Hastaların çok az bir kısmının önerilere uymaması diğerlerinin ise aksatmakla birlikte önerilere uyması hastaların, hastalıklarının ciddiyetinin farkında olduklarını göstermektedir.

Hastaların, tedavi ekibinin önerdikleri davranış ve tedaviyi benimsememeleri çok önemli bir tıbbi sorun olarak tedaviye uymamaya, bir başka deyişle tedavi gereklerini yerine getirmede işbirliğine yönelmemeye yol açmaktadır. Gelir ve eğitim düzeyinin düşüklüğü, stresli yaşam koşulları, aile düzeninin bozulması ve aile üyeleri arasındaki çatışma hastaların tedaviye uyumunu zorlaştıran faktörler olarak ele alınabilir. Buna karşın hastanın kararını dikkate alarak tedavinin gereğini yerine getirme, hastaya hastalığının tanısı, neden ortaya çıktığı ve tedavi için ne yapılacağına tıbbi terminolojiden arınık bir şekilde açık seçik olarak açıklanması ve hekimlerin hastalarıyla özgüvenlerini arttırıcı, destekleyici

ve güç verici biçimde konuşmaları hastanın tıbbi tedaviye uyum sağlamasını kolaylaştırmaktadır (Şahin, 1999: 66-68).

Çizelge 18: Hastaların Fistüle İlişkin Sorunları

Fistüle İlişkin Sorun Yaşama	Sayı	%
Fistül Sorunu Var	22	18,8
Fistül Sorunu Yok	95	81,2
Toplam	117	100

Kan akışını hızlandırmak için atar ve toplar damar arasında bağlantı kurulması cerrahi bir girişimle hastanın kolunda açılan fistülle olmaktadır (Metem, 1998: 9). Araştırmaya katılan hastaların % 81,2'si fistülleri ile ilgili bir sorun yaşamazken % 18,8'i fistülleriyle ilgili sorun yaşamaktadır. Hastanın fistülle ilgili sorun yaşaması diyaliz etkinliğini azaltmakta dolayısı ile hastada mortalite riskini arttırmaktadır.

Çizelge 19: Hastaların Tedavi Ekibine Karşı Tutumları

Hastaların Tedavi Ekibine Karşı Tutumları	Sayı	%*
Tedavi Ekibine Kızgınlım	19	16,2
Tedavi Ekibinden Memnun Değilim	21	17,9
Tedavi Ekibi Beni Anlamıyor	18	15,4
Tedavi Ekibi Bana Tiksiniyecek Bir İnsanmış Gibi Davranıyor	5	4,3
Tedavi Ekibi Bende Umutsuzluk Hissi Uyandırıyor	9	7,7
Tedavi Ekibi Bende Yılgınlık Hissi Uyandırıyor	11	9,4
Tedavi Ekibi Bana Güven Veriyor	106	90,6
Tedavi Ekibi Bana Huzur Veriyor	104	88,9
Tedavi Ekibi Beni Seviyor	105	89,7
Tedavi Ekibi Bende Ümit Duygusu Uyandırıyor	102	87,2
Tedavi Ekibine Bağlılık İyindem	111	94,9
Tedavi Ekibi Bana Şefkatle Yaklaşıyor	109	93,2

*Satır yüzdesi hesaplanmıştır.

Çizelge 19'da hastaların tedavi ekibine karşı olumsuz ve olumlu duygu ve düşüncelerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların tedavi ekibine yönelik

olumsuz duygu ve düşüncelerine ilişkin bulgular incelendiğinde hastaların % 16,2'si tedavi ekibine kızgınlık duyduğunu, % 17,9'u tedavi ekibinden memnun olmadığını, % 15,4'ü tedavi ekibinin kendilerini anlamadığını, % 4,3'ü tedavi ekibinin kendilerine tiksiniyecek bir insanmış gibi davrandığını, % 7,7'si tedavi ekibinin kendilerinde umutsuzluk hissi uyandırdığını, % 9,4'ünün ise tedavi ekibinin kendilerinde yılmılık hissi uyandırdığını ifade etmişlerdir. Hastaların tedavi ekibine yönelik olumlu duygu ve düşüncelerine ilişkin bulgular incelendiğinde ise hastaların % 90,6'sı tedavi ekibinin kendilerine güven verdiğini, % 88,9'u tedavi ekibinin kendilerine huzur verdiği, % 89,7'si tedavi ekibinin kendilerini sevdiğini, % 87,2'si tedavi ekibinin kendilerinde umut duygusu uyandırdığını, %94,9'u tedavi ekibine bağlılık içinde olduğunu, % 93,2'si ise tedavi ekibinin kendilerine şefkatle yaklaştıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastaların tedavi ekibine yönelik duygu ve düşüncelerine ilişkin bulgular genel olarak değerlendirildiğinde tedavi ekibine yönelik olumlu duygu ve düşüncelerin olumsuz duygu ve düşüncelere göre daha yoğun olduğu görülmektedir. Hastalar tedavi ekibinin kendilerine güven, umut ve huzur verdiklerini, tedavi ekibine bağlılık içinde olduklarını, tedavi ekibinin kendileri sevdiklerini ve kendilerine şefkatle yaklaştıklarını ifade etmişlerdir. Tedavi ekibine yönelik olumsuz duygu ve düşünce geliştiren az sayıda hasta ise tedavi ekibine karşı kızgın olduklarını, tedavi ekibinin kendilerini anlamadıklarını, umutsuzluk ve yılmılık hissi uyandırdıklarını, tedavi ekibinin kendilerine tiksiniyecek bir insanmış gibi davrandıklarını ve tedavi ekibinden memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Hasta olmak sadece tıbbi bir olguyu değil aynı zamanda sosyal bir rolü içerir. Dolayısıyla tedavi sürecinde, hastanın kendi hastalığına, tedavi ortamına ve tedavi ekibine yönelik algı ve tepkilerinin yanı sıra tedavi ekibinin de hastaya yaklaşımının ve davranış biçiminin de etkisi vardır. Taylor'a göre hastalığın yarattığı kaygı ve zihinsel karmaşa ile birlikte kimiksizleştirici davranışlar, hastanın hastane kurallarına uyan, tedavi ekibinin dediklerini yapan, çok soru sormayan, yönergeleri bütünüyle yerine getiren, uygun davranan ve sürekli istekte bulunmayan "iyi hasta rolünü" benimsemesine yol açmaktadır. Tüm hastaların yaklaşık dörtte üçü, tedavi ekibinin istediği "iyi hasta rolünü" oynar.

Ancak, tedavi ekibini en çok uğraştıran hastalar, çok ağır durumda olanlar ile durumu o denli ciddi olmadığı halde sürekli yakınan ve isteklerde bulunarak “kötü hasta” rolünü oynayanlardır. “kötü hasta” olarak nitelenenler, durumlarının ne olduğunu öğrenmek isteyen, sürekli soru soran, hastalığı hakkında bilgi edinme hakkına sahip olduğuna inanan, dolayısıyla tedavi ekibi açısından sorun yaratan hastalardır (Taylor, 1979 Aktaran; Şahin 1999: 41). Bu bağlamda, tedaviye uyum gösteremeyen hastaların tedaviye uyumlarının sağlanması ve hasta ile tedavi ekibi arasındaki ilişkilerin düzenlenmesi hemodiyaliz ünitesinde çalışan sosyal hizmet uzmanların görevleri arasında olduğu söylenebilir.

Çizelge 20: Hastaların Hemodiyaliz Seansını Erken Terk Etme Durumları

Diyalizi Erken Terk Etme Durumu	Sayı	%
Erken Terk Ediyor	19	16,2
Erken Terk Etmiyor	98	83,8
Toplam	117	100

Hemodiyaliz seansının tedavi ekibince önerilen zamandan önce terk edilmesi tıbbi açıdan istenilmeyen bir durumdur. Hastaların büyük bir kısmı % 83,8'i hemodiyaliz seansını zamanından önce terk etmemekte, 16,2'si ise hemodiyaliz seansını zamanından önce terk etmektedir. Hastaların büyük bir kısmının hemodiyaliz seansını zamanından önce terk etmemeleri yaşamlarının makineye bağımlı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çizelge 21: Hastaların Hemodiyaliz Seansını Erken Terk Etme Sıklıkları

Diyalizi Erken Terk Etme Sıklığı	Sayı	%
Bazen	5	4,3
Nadiren	14	12,0
Toplam	19	16,3

Hastalarının hemodiyaliz seansını zamanından önce terk etmesine ilişkin bulgular incelendiğinde hastaların % 4,3'ünün diyalizi bazen terk ettikleri % 12'sinin ise diyalizi nadiren terk ettikleri görülmektedir. Bu bulgulara göre, diyalizi zamanından önce terk eden hastalar her zaman diyalizi zamanından önce terk etmediklerini, nadiren ve bazen diyaliz zamanından önce terk ettiklerini ifade etmişlerdir.

Çizelge 22: Hastaların Tansiyon Sorunu Yaşama Durumları

Tansiyon Sorunu	Sayı	%
Tansiyon Sorunu Var	74	63,2
Tansiyon Sorunu Yok	43	36,8
Toplam	117	100

Son dönem böbrek hastalığı nedenine bağlı olarak değişmekle birlikte hemodiyaliz hastalarının % 80-90'ında sistemik hipertansiyon saptanmaktadır. Bu hasta grubunda morbidite ve mortaliteden birinci sırada sorumlu olan sebep kardiyovasküler hastalıklardır. Kardiyovasküler hastalıklara neden olan en önemli etmen de hipertansiyondur. Bu nedenle hemodiyaliz hastalarında kan basıncı düzeylerinin yakın izlemi ve hipertansiyonun etkin bir şekilde tedavisi gerekmektedir (Ertürk, 2000: 161). Araştırmaya katılan hastaların % 63,2'si tansiyon sorunu olduğunu, % 36,8'i ise tansiyonla ilgili bir sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Tansiyonla ilgili sorun yaşayan hastaların oranı literatürde geçen oranın altında olsa da hastaların çoğunluğu tansiyon sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 23: Hastaların Fistüle İlişkin Sorunları

Fistüle İlişkin Sorun Yaşama	Sayı	%
Fistül Sorunu Var	22	18,8
Fistül Sorunu Yok	95	81,2
Toplam	117	100

Kan akışını hızlandırmak için atar ve toplar damar arasında bağlantı kurulması cerrahi bir girişimle hastanın kolunda açılan fistülle olmaktadır (Mete, 1998: 9). Araştırmaya katılan hastaların % 81,2'si fistülleri ile ilgili bir sorun yaşamazken % 18,8'i fistülleriyle ilgili sorun yaşamaktadır. Hastanın fistülle ilgili sorun yaşamaması diyaliz etkinliğini azaltmakta dolayısı ile hastada mortalite riskini arttırmaktadır.

Çizelge 24: Hastaların Diyetle İlişkin Sorunları

Diyete İlişkin Sorun Yaşama	Sayı	%
Diyet Sorunu Var	71	60,7
Diyet Sorunu Yok	46	39,3
Toplam	117	100

Araştırmaya katılan hastaların diyetle ilgili sorun yaşama durumlarına ilişkin bulgular içinde % 60,7'si diyetle ilgili sorun yaşadıklarını, % 39,3'ü ise diyetle ilgili sorun yaşamadıklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 25: Hastaların Diyete Uymama Nedenleri

Hastaların Diyete Uymama Nedenleri	Sayı	%*
Yeme Alışkanlıklarını Değiştirememeleri	44	63,8
Ekonomik Zorluklar	23	33,3
Diabet Hastalığı	13	18,8

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların diyetlerine uymama nedenlerine ilişkin bulgular incelendiğinde hastaların % 63'8'i yeme alışkanlıklarını değiştirememeleri, % 33'ü ekonomik zorluklar, % 18,8'i ise diabet hastalığı nedeniyle diyet sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 26: Hastaların Diyaliz Seansında Kramp Sorunu Yaşama Durumları

Krampa İlişkin Sorun Yaşama	Sayı	%
Kramp Sorunu Yaşıyor	51	43,6
Kramp Sorunu Yaşamıyor	66	56,4
Toplam	117	100

Hemodiyaliz tedavisine bağlı komplikasyonlardan birini de kas krampları oluşturmaktadır (Kadayıfçı, 2003: 321). Kas krampları kimi zaman hastaların diyaliz seansını erken terk etmelerine yol açmakta ve tedaviyi olumsuz olarak etkilemektedir. Araştırmaya katılan hastaların % 43,6'sı krampla ilgili sorunlar yaşadıklarını % 56,4'ü ise krampla ilgili sorun yaşamadıklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 27: Hastaların Hastalıklarıyla İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumları

Bilgi Sahibi Olma Durumu	Sayı	%
Bilgi Sahibi	81	69,2
Bilgi Sahibi Değil	36	30,8
Toplam	117	100

Hastaların % 69,2'si kendilerini hastalıkları ile ilgili bilgi sahibi olarak görmekte, % 30,8'i ise hastalıkları ile ilgili olarak kendilerini bilgi sahibi olarak görmemektedirler. Hastaların % 30,8'i gibi küçümsenemeyecek bir kısmının kendini kronik hastalığı ile ilgili olarak bilgi sahibi görmemesi hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyini artırıcı eğitim çalışmalarının yapılması gerektiğini göstermektedir. Tedavi ekibince yapılacak bilgilendirici çalışmaların hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin yükseltilmesine, hastalığa ve tedaviye uyumunun sağlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ünlüoğlu ve arkadaşları tarafından 131 hemodiyaliz hastası üzerinde yapılan bir araştırmada hastalığın doğası, tedavi yöntemleri, transplantasyon, diyet ve cinsel sorunlar hastaların en çok bilgilendirilmek istedikleri beş konu olarak saptanmıştır. Araştırma sonucuna göre hastaların büyük bir çoğunluğu bilgilendirilmeyi istemekte ve bu bilgilendirmenin doktorlar tarafından yapılmasını önermektedir (Ünlüoğlu ve diğerleri, 1997: 129).

Çizelge 28: Hastaların Beden İmajlarını Algılama Durumu

Beden İmajını Algılama Durumu	Sayı	%
Beden İmajını Olumsuz Algılayan	46	39,3
Beden İmajını Olumsuz Algılamayan	71	60,7
Toplam	117	100

Bireyin kendi beden imajını algılaması geçirdiği hastalık, ameliyat ya da travmadan etkilenebilir böylece beden yapısındaki ya da işlevindeki değişim, bireyin beden imajında değişiklik hissetmesine yol açabilir (Öz, 1994: 260). Kronik böbrek yetmezliği sonucu böbrekler fonksiyonlarını geri dönüşü olmaksızın yitirmişlerdir. Bu nedenle hastaların % 39,3'ü beden imajlarını

olumsuz olarak algılamaktadır. Araştırmaya katılan hastaların % 60,7'si ise beden imajlarını olumsuz olarak algılamamaktadır.

Çizelge 29: Hastaların Kendilerini Tedavi Ekibine ve Hastaneye Bağımlı Olarak Görme Durumları

Bağımlı Olarak Görme Durumu	Sayı	%
Bağımlı Olarak Görenler	102	87,2
Bağımlı Olarak Görmeyenler	15	12,8
Toplam	117	100

Hemodiyaliz tedavisinin en temel gerçeği hastanın yaşamını sürdürebilmek için makineye bağımlı olma zorunluluğudur. Haftada üç gün ortalama 4-6 saat süren hemodiyaliz uygulaması ile hastanın yaşamı diyaliz makinesine, tedavi ekibine ve aileye bağımlı hale gelmektedir. Araştırma bulguları da yukarıda ifade edilenlerle paralellik göstermekte hastaların % 87,2'si kendisini bağımlı olarak görmekte, buna karşın sadece % 12,8'i kendini bağımlı olarak görmemektedir.

Çizelge 30: Hastaların Ölümü Düşünme Sıklıkları

Ölümü Düşünme Sıklıkları	Sayı	%
Hiç	23	19,7
Ara sıra	49	41,9
Çoğu zaman	12	10,3
Her zaman	33	28,2
Toplam	117	100

Tedavi yöntemlerindeki tüm gelişmelere rağmen günümüzde hemodiyaliz tedavisi görmekte olan hastalarda yıllık mortalite oranı % 8-10 dolayındadır (Cöngel ve diğerleri, 1999: 451). Diyaliz hastaları ölüm düşüncesinden çok, yaşam süresinin uzamasından kaynaklanan sorunları yaşarlar. Yaşam süresinin uzayarak ölümün gecikmesinden endişe duyarlar. Sonuçta hastaların yaşama güçleri ağır basar ve hasta komplikasyonlarla birlikte yaşamaya alışır (Cimilli, 1994: 89). Araştırmaya katılan hastaların % 19,7'si ölümü hiç düşünmediklerini, geri kalan % 80,4 gibi büyük bir kısmı ise kronik veya yaşamı tehdit eden hastalığa sahip olma ile birlikte ölümü değişik sıklıklarda düşünmektedirler. Ölümü ara

sıra düşünenlerin oranı 41,9, her zaman düşünenlerin oranı % 28,2, çoğu zaman düşünenlerin oranı ise 10,3'tür.

Çizelge 31: Hastaların Gelecek Kaygısı Yaşama Durumları

Gelecek Kaygısı Yaşama Durumları	Sayı	%
Gelecek Kaygısı Yaşayan	55	47
Gelecek Kaygısı Yaşamayan	62	53
Toplam	117	100

Araştırmaya katılan hastaların % 53'ü geleceğe ilişkin kaygı duymadıklarını buna karşın % 47'si ise geleceğine ilişkin kaygı duyduklarını belirtmişlerdir. Geleceğe ilişkin duyulan kaygının sebebi kronik hastalığın yaşamı tehdit eden sürekli ölüm düşüncesine yol açması, fiziksel gücün kaybedilmesi, çalışma hayatından uzaklaşma ve tedavi giderlerinin artmasıyla birlikte ekonomik güçlükler yaşanması olarak yorumlanabilir.

Çizelge 32: Hastaların Yaşamlarını Kısıtlanmış Olarak Görme Durumları

Yaşamı Kısıtlanmış Olarak Görme Durumu	Sayı	%
Yaşamını Kısıtlanmış Olarak Gören	74	63,2
Yaşamını Kısıtlanmış Olarak Görmeyen	43	36,8
Toplam	117	100

Araştırmaya katılan hastaların % 63,2 gibi büyük bir kısmı yaşamlarını kısıtlanmış olarak görmekte, % 36,8'i ise yaşamlarını kısıtlı olarak görmemektedir. Hemodiyaliz tedavisinin belli merkezlerde uygulanması sonucu hastanın seyahat etme özgürlüğünün kısıtlanması, hemodiyaliz tedavisinin ertelenmesinin veya ara verilmesinin hemen hemen imkânsız olması ve sıkı bir diyet uygulama zorunluluğu hastaların büyük bir kısmının yaşamını kısıtlanmış olarak görmesine yol açan nedenler şeklinde yorumlanabilir (Yücel ve diğerleri, 1994: 399).

Çizelge 33: Hastaların Hastalıklarını Kabullenme Durumları

Hastalıklarını Kabullenme Durumu	Sayı	%
Hastalığını Kabullenen	101	86,3
Hastalığını Kabullemeyen	16	13,7
Toplam	117	100

Araştırmaya katılan hastaların % 86,3'ünün hastalığını kabullendiklerini ifade etmesi Abram'ın diyalize uyum sürecinde dördüncü aşamanın karşılığı olarak yorumlanabilir. Abram dördüncü aşamayı, normale dönüş yani ölümden kurtuluşun gerçekleştiği ancak yaşam kalitesinin gündeme geldiği dönem olarak ifade etmiştir. Bu dönemde makineye alışılmış, gerçekçi kabullenme sağlanmış, ileriye dönük plan ve beklentiler gelişmiş veya yaşam ilgi alanlarına yeniden dönmüştür (Özkan, 1993: 187). Hastaların geriye kalan % 13,7'si ise hastalıklarını kabullenmediklerini ifade etmişlerdir. Hastaların hastalıklarını kabul edemeyişleri kısıtlamaların, engellemelerin, uyum güçlükleri ve çatışmaların yaşandığı bir dönem olarak yorumlanabilir.

Çizelge 34: Hastalığın Sosyal İlişkilere Etkisi

Hastalığın Sosyal İlişkilere Etkisi	Sayı	%*
Yakın Arkadaş ve Akrabalarla İlişkilerin Azalması	69	59
Yaşanılan Çevreyi Değiştirmek Zorunda Kalma	15	12,8
Rol ve Sorumluluklarını Yerine Getirememe	39	33,3
Eş veya Çocuklar Tarafından Terk Edilme	2	1,7
Diğer İnsanlara Karşı Beklentilerin Artması	45	38,5
Yalnız Yaşamak Zorunda Kalma	3	2,6
Sosyal Yaşam Etkilenmedi	28	23,9

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Kronik hastalığın sosyal ilişkilere yönelik etkilerine ilişkin bulguları incelendiğinde hastaların % 59'unun yakın arkadaş ve akrabalarıyla ilişkilerinin azaldığı, % 12,8'inin yaşadığı çevreyi değiştirmek zorunda kaldığı, % 33,3'ünün rol ve sorumluluklarını yerine getiremediği, % 1,7'sinin eş ve çocukları tarafından terk edildiği, % 38,5'inin diğer insanlara karşı beklentilerinin

çoğaldığı, % 2,6'sının yalnız yaşamak zorunda kaldığı, % 23,9'unun ise sosyal yaşantısının etkilenmediği görülmektedir.

Hastalığa yakalanma bireyin durumunu olumsuz yönde değiştirmekte, kişilerarası ilişkilerini sekteye uğratmakta, sosyal etkileşimleri üzerinde sorun yaratmakta, rol ve sorumluluklarında değişiklikler yapmasını gerektirmektedir (Duyan, 1997: 25). Araştırma bulguları incelendiğinde kronik hastalık durumunun yoğun olarak hasta bireylerin yakın arkadaş ve akrabalarıyla ilişkilerinin azalmasına, diğer insanlara karşı beklentilerinin artmasına, rol ve sorumluluklarını yerine getirememesine veya yaşadıkları çevreyi değiştirmelerine sebep olmaktadır.

Kronik hastalığın, hastaların sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemesi sosyal hizmet mesleğinin müdahalesini gerektirmektedir. Sosyal işlevsellikte meydana gelen sorunlar sosyal hizmet uzmanı – müracaatçı ilişkisinin asıl nedenidir ve sosyal işlevsellikte meydana gelen problemler karşılanamayan gereksinimlerden kaynaklanmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları insanların sosyal işlevselliklerini geliştirmeleri ve tatminkar bir şekilde işlevsel olabilmeleri için sınırlı kapasite ve olanaklar çerçevesinde temel gereksinimlerinin karşılanması, sahiplenme, kabul görme ve kötü zamanlarda psikolojik ihtiyaçlarını karşılama gibi eylem ve çabalarla sosyal bakım sağlamaya çalışır (Duyan, 2003: 6). Gökçakan sosyal hizmet uzmanının hemodiyaliz ünitesindeki çalışmalarına, hastaların sosyal ilişkilerini azaltmamalarının önlenmesi ile başlanabileceğini ifade etmektedir. Gökçakan'a göre hasta veyakınlarının birbirleri ile yakın ilişkiler kurabilmesinin sağlanması hastaların topluma rahatça çıkabilmelerinde ilk basamağı oluşturur (Gökçakan, 1988: 75).

Çizelge 35: Hastaların Hemodiyaliz Seanslarında Zamanı Geçirme Durumları

Zamanı Geçirme Durumu	Sayı	% *
Uyuyarak	62	53,0
Diğer Hastalarla Konuşarak	70	59,8
Televizyon İzleyerek	51	43,6
Müzik Dinleyerek	7	6,0
Kitap Okuyarak	20	17,1

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların hemodiyaliz seanslarında zamanlarını nasıl geçirdiklerine ilişkin bulgular incelendiğinde hastaların çoğunluğunun zamanlarını sırasıyla diğer hastalarla konuşarak, uyuyarak ve televizyon izleyerek geçirdikleri görülmektedir. Kitap okuma ve müzik dinlemek ise hastaların daha az oranda tercih ettikleri zaman geçirme aktiviteleridir.

Hastaların, hemodiyalizde geçen zamanlarının sıkıntısız, rahat, yapıcı veyararlı bir biçimde geçirmesinde sosyal hizmet uzmanına sorumluluklar düşmektedir. Sosyal hizmet uzmanları hemodiyaliz ünitesine kütüphane, televizyon gibi yeni olanakların sağlanmasında görev alabilirler (Gökçakan, 1988: 75).

Çizelge 36: Hastaların Geleceğe Yönelik Beklentileri

Geleceğe Yönelik Beklentiler	n	%*
Organ Nakli Olma	35	62,5
Aileyle İlgili Beklentiler	22	39,3
Çalışma İle İlgili Beklentiler	8	14,3
Evlilik İle İlgili Beklentiler	4	7,1

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların geleceğe yönelik beklentileri incelendiğinde % 62,5 oranıyla ilk sırayı organ nakli olmayla ilgili beklentiler almakta bunu % 39,3 oranıyla aileyle ilgili beklentiler, % 14,3 oranıyla bir işte çalışmayla ilgili beklentiler ve % 7,1 ile evlilik ile ilgili beklentiler yer almaktadır.

Çizelge 37: Hastaların Hastalıklarını İyileşebilir Olarak Görme Durumları

Hastalığın İyileşebilir Olarak Görünme Durumu	Sayı	%
Hastalık İyileşebilir	37	31,6
Hastalık İyileşemez	80	68,4
Toplam	117	100

Araştırmaya katılan hastaların % 68,4 gibi büyük bir kısmı kronik hastalığın yapısına uygun olarak hastalığının iyileşemeyeceğini düşünmekte, % 31,6'sı ise hastalıklarının iyileşebileceklerini düşünmektedir. Bu durum hastalardaki organ nakli beklentisi ile ilişkilendirilebilir.

Çizelge 38: Hastaların Kendilerini Yorgunluk İçinde Hissetme Durumları

Yorgunluk İçinde Olma Durumu.	Sayı	%
Yorgun Hissedenler	85	72,6
Yorgun Hissetmeyenler	32	27,4
Toplam	117	100

Araştırmaya katılan hastaların % 72,6'sı kendilerini yorgun hissettiklerini ifade etmişlerdir. Kronik hastalığın bir bulgusu olarak kendini yorgunluk içinde hissetme durumu hastaların fiziksel ve sosyal aktivitelerini sınırlandırmasına yol açacak bir bulgu olarak yorumlanabilir.

Çizelge 39: Hastaların Kendilerini Zihinsel Çökkünlük İçinde Hissetme Durumları

Zihinsel Çökkünlük İçinde Olma Durumu	Sayı	%
Zihinsel Çökkünlük İçinde Hisseden	49	41,9
Zihinsel Çökkünlük İçinde Hissetmeyen	68	58,1
Toplam	117	100

Araştırmaya katılan hastaların % 41,9'u kendilerini zihinsel açıdan çökkünlük içinde hissettiklerini ifade etmişlerdir. Kronik hastalığın bir bulgusu olarak hastaların kendilerini zihinsel çökkünlük içinde hissetme durumları onların yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkiye yol açabilir.

Çizelge 40: Hastaların Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalığı Teşhisine Yönelik İlk Tepki Durumları

Hastalığa Yönelik İlk Tepki	Sayı	%
Korku	44	37,6
Üzüntü	32	27,4
Pişmanlık	16	13,7
Öfke	11	9,4
Tepki Yok	9	7,7
Suçluluk	3	2,6
İnkâr	2	1,7
Toplam	117	100

Araştırmaya katılan hastaların % 37,6'sının kronik böbrek yetmezliği hastalığına ilk tepkisi korkudur. % 27,4'ü hastalığına üzüntü, % 13,7'si pişmanlık, % 9,4'ü öfke, % 7,7'si tepkisizlik, % 1,7'si ise inkar ile hastalıklarına karşı tepkide bulunmuşlardır. Hemodiyaliz hastalarının hastalıklarına verdikleri ilk tepki çoğunlukla korku ve üzüntü duygusudur.

Ölüm kavramı ve ölümcül hastalık üzerine çalışan Kübler-Ross (1992) ölümle ciddi bir biçimde karşı karşıya gelinen hastalık durumlarında yaşanan süreci yadsıma, öfke, pazarlığa girme, depresyon ve kabullenme olmak üzere beş aşamada ele almaktadır. Yadsıma aşamasında hasta, hayır ben ölmem, bana bir şey olmaz demektedir. Öfke aşamasında hasta neden ben sorusunu kendisine yöneltir. Çevresindeki insanların sağlıklı olmasına karşın kendisinin ölme olasılığı karşısında içerler ve kızgınlığında Tanrıyı hedef alır. Öfkeli hastanın kızgınlığına aile üyeleri, yakın arkadaşları ve tedavi ekibi üyelerinin de olması beklenir. Pazarlığa girme aşamasında hasta öfkesini bir yana bırakarak hastalıkla başa çıkmak için farklı tutumlar, yöntemler geliştirebilir. Hasta belirli bir süre daha yaşamak için iyi bir insan olmaya ya da iyi davranışlarda bulunmaya söz verir. Depresyon aşaması ise hastalığın adalet yasalarına hiç de uymadığı, harcanan çabaların durumu düzeltmeye yetmediğinin fark edilip hastada depresyonun geliştiği aşamadır. Kabullenme aşamasında ise hastanın artık sonum çok yaklaştı, her şey tamam dediği, hastanın duygularından yoksun

ve öfkelenmeyecek kadar zayıf ve ölüm kavramına alışmış, yorgun ve sakin olduğu aşamadır. Kübler-Ross'a göre bu aşamalar birbirinden kesin sınırlarla ayrılmamakta, hasta ancak hazır olduğu zaman bir aşamadan diğerine geçmekte zaman zaman da daha önce yaşanmış olan bir aşamaya geri dönebilmektedir. Bu evrelerin hepsinde umut önemli ve sürekli bir etkidir. Umut, yalnızca iyileşme umudu değil, ölümü kabul ederek ölme umududur (Okuyuz, 1998: 250-251). Yukarıda ifade edildiği gibi ölümle karşı karşıya gelen hastalar hastalıklarına çeşitli biçimlerde tepki vermektedirler. Hasta bireyin hastalığına karşı verdiği tepki onun hastalığa uyumunda, tıbbi tedaviyi kabullenmesinde ve hastalık süreci üzerinde önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çizelge 41: Hastalığın Çalışma Yaşamı Üzerindeki Etkisi

Hastalığın Çalışma Durumuna Etkisi	Sayı	%*
Çalışma Yaşamı Etkilenmeyen	47	40,2
Malulen Emekli Olan	31	26,5
İşsiz Kalan	28	23,9
Çalışma Saatinde Düşme Olan	12	10,3
Meslek Değiştiren	2	1,7

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çizelge 41'de kronik hastalığın, hastaların çalışma yaşamı üzerine etkisine ilişkin bulgular yer almaktadır. Bu bulgulara göre çalışma yaşantısında değişiklik olmayan hastaların oranı % 40,2, malulen emekli olan hastaların oranı % 26,5, işsiz kalan hastaların oranı % 23,9, çalışma saatinde düşme olan hastaların oranı % 10,3, meslek değiştiren hastaların oranı ise % 1,7'dir.

Araştırmaya katılan hastaların malulen emekli olduklarını, işsiz kaldıklarını, çalışma saatlerinde düşme olduğunu ve meslek değiştirdiklerini ifade etmeleri kronik hastalığın bireylerin çalışma yaşamı üzerinde yarattığı olumsuz etkilere işaret etmektedir. Hemodiyaliz ünitelerinde çalışan sosyal hizmet uzmanları hastaların çeşitli uğraşı çalışmalarını hemodiyalizdeyken veya evlerinde yapmalarını ve bunların pazarlanmasını sağlayarak ekonomik güçleri yetersiz hastalara maddi katkıda bulunulmasını sağlayabilir. Bu tür çalışmalar aynı

zamanda onların kendilerine güvenlerini geliştirici, rehabilitasyonlarını ve onları yeniden topluma kazandırılmalarını sağlayıcı etkin faaliyetler olarak değerlendirilebilir (Gökçakan, 1988: 75).

3.3.HEMODİYALİZ HASTALARININ SOSYAL DESTEK ALIP- ALMAMA DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde hemodiyaliz hastalarının empatik, bilgisel, maddi, araçsal ve güvence veren sosyal destek boyutlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Bu çerçevede hemodiyaliz hastalarının empatik, bilgisel, maddi, araçsal ve güvence veren sosyal destek alıp almama durumlarına ilişkin bulgular verilmiştir.

3.3.1. Hemodiyaliz Hastalarının Empatik Sosyal Destek Alıp-Almama Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde hemodiyaliz hastalarının empatik sosyal destek alıp almama durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Empatik sosyal destek, hemodiyaliz hastalarının tedavileri süresince karşılaştıkları güçlüklerle ilgili olarak duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri için onları cesaretlendiren, anlayan, onların değerli olduklarını ve sevildiğini hissetmelerini sağlayan davranış biçimidir.

Çizelge 42: Hastaların Empatik Sosyal Destek Alma Durumları

Empatik Sosyal Destek Alma Durumu	Sayı	%
Empatik Sosyal Destek Alan	110	94,0
Empatik Sosyal Destek Almayan	7	6,0
Toplam	117	100

Elde edilen bulgular incelendiğinde hastaların % 94'ünün empatik sosyal destek aldığı görülmektedir. Bu çerçevede hemodiyaliz hastalarının çok büyük bir kısmının hastalık süresince empatik sosyal destek aldığı söylenebilir. Hemodiyaliz hastaları tedavi süresince karşılaştıkları güçlükleri başkalarıyla paylaşabilmekte, hastaların sıkıntıları başkaları tarafından dinlenmekte, hastalar sevimli ve onlara değerli oldukları hissettirilmektedir.

Hemodiyaliz ünitelerinde çalışan sosyal hizmet uzmanları hastalara empatik sosyal destek sağlayarak onların ruh ve beden sağlıklarını korumasına, morallerinin yükselmesine, çevreleri tarafından sevildiği, değer verildiği duygusunun güçlenmesine katkı sağlayabilir.

3.3.2. Hemodiyaliz Hastalarının Bilgisel Sosyal Destek Alıp-Almama Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde hemodiyaliz hastalarının bilgisel sosyal destek alıp almama durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Bilgisel sosyal destek, hemodiyaliz tedavisi süresince hemodiyaliz hastalarına hastalık, hastalığın tedavisi ile ilgili olarak bilgi verme ve tavsiyelerde bulunma şeklinde ifade edilen sosyal destek boyutudur.

Çizelge 43: Hastaların Bilgisel Sosyal Destek Alma Durumları

Bilgisel Sosyal Destek Alma Durumu	Sayı	%
Bilgisel Sosyal Destek Alan	69	59,0
Bilgisel Sosyal Destek Almayan	48	41,0
Toplam	117	100

Çizelge 43'deki veriler incelendiğinde hastaların % 59'unun bilgisel sosyal destek aldıklarını, % 41'inin ise bilgisel sosyal destek almadıklarını göstermektedir. Hastaların % 41'inin bilgisel sosyal destek almaması hastalıkları ve tedavisi ile ilgili bilgi sahibi olma ihtiyacı içinde olduklarını göstermektedir.

Bilgisel sosyal desteğin tedavi ekibince verilmesi hasta üzerinde daha etkili olmakta böylece hasta tedavi ekibine güven duymakta, hastalığın teşhisi ve tedavisini daha çok kabul etmektedir. Tedavi ekibinin bir üyesi olarak hemodiyaliz ünitesinde çalışan sosyal hizmet uzmanı hasta ve ailesine hastalık, tedavi süreci, tedavi sonuçları, onların yararlanabileceği toplumsal kaynaklar hakkında bilgi vererek hasta ve ailelerinin hizmetlere ulaşabilirliğini artırır.

3.3.3.Hemodiyaliz Hastalarının Maddi Sosyal Destek Alıp-Almama Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde hemodiyaliz hastalarının maddi sosyal destek alıp almama durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Maddi sosyal destek, hemodiyaliz hastalarına tedavi süresince sağlanan yiyecek, giyecek, para, eşya ve ilaç gibi yardımları içeren sosyal destek boyutudur.

Çizelge 44: Hastaların Maddi Sosyal Destek Alma Durumları

Maddi Sosyal Destek	Sayı	%
Maddi Sosyal Destek Alan	62	53,0
Maddi Sosyal Destek Almayan	55	47,0
Toplam	117	100

Elde edilen bulgular incelendiğinde hastaların % 53'ü maddi sosyal destek almakta, % 47'sinin ise maddi sosyal desteği almadığı görülmektedir. Hastaların tamamı sosyal güvenceye sahip olmasına rağmen yarından fazlasının maddi sosyal destek alması kronik hastalığın hasta ve ailesini gelir kaybına uğratması ile ilişkilendirilebilir.

Hastaların hemodiyaliz tedavisi sebebiyle çalışma güçlerinin düşmesi, işten ayrılması, tedavi ve hemodiyaliz ünitelerine ulaşım masrafları hastaları ekonomik yönden yakın çevresine bağımlı hale getirmektedir. Bu nedenle ekonomik yoksunluk içinde olan hasta ve ailelerine maddi destek sağlanmasında, hastaların kapasiteleri oranında çalışma yaşamına girmelerine yardımcı olunmasında sosyal hizmet uzmanlarına sorumluluklar düşmektedir.

3.3.4.Hemodiyaliz Hastalarının Araçsal Sosyal Destek Alıp-Almama Durumlarına İlişkin Bulgular.

Bu bölümde hemodiyaliz hastalarının araçsal sosyal destek alıp almama durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Araçsal sosyal destek, hemodiyaliz tedavisi süresince hastalara ev işlerinde yardımcı olma, evi temizleme, çocuklarının bakımını üstlenme, alış verişi yapma

gibi işleri üstlenerek hastalara çevreleri tarafından sağlanan sosyal destek boyutudur.

Çizelge 45: Hastaların Araçsal Sosyal Destek Alma Durumları

Araçsal Sosyal Destek	Sayı	%
Araçsal Sosyal Destek Alan	101	86,3
Araçsal Sosyal Destek Almayan	16	13,7
Toplam	117	100

Araştırma sonucuna göre hastaların % 86,3'ü araçsal sosyal destek almakta, % 13,7'si ise araçsal sosyal destek almamaktadır. Bu bulgulara göre araştırmaya katılan hemodiyaliz hastaların büyük bir kısmı araçsal sosyal destekten yararlandığı ifade edilebilir.

Hemodiyaliz hastalarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanları hasta ve ailelerinin sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için ev işlerine yardım, çocuk bakımı, kreş hizmeti sağlama gibi toplumda var olan hizmet ve kaynaklardan yararlanmalarına yardımcı olabilir.

3.3.5.Hemodiyaliz Hastalarının Güvence Veren Sosyal Destek Alıp-Almama Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde hemodiyaliz hastalarının güvence veren sosyal destek alıp almama durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Güvence veren sosyal destek, hemodiyaliz tedavisi süresince hastayı neşelendiren, üzülmemesi için destek olan, her şeyin yolunda gideceğini söyleyen ve böylelikle hastanın hastalığından uzaklaşmasına yardımcı olan sosyal destek boyutudur.

Çizelge 46: Hastaların Güvence Veren Sosyal Destek Alma Durumları

Güvence Veren Sosyal Destek Alma Durumu	Sayı	%
Güvence Veren Sosyal Desteği Alan	100	85,5
Güvence Veren Sosyal Desteği Almayan	17	14,5

Araştırmaya katılan hastaların % 85,5'i güvence veren sosyal desteği almakta, % 14,5'i ise güvence veren sosyal desteği almamaktadır. Bu bulgulara göre

araştırmaya katılan hemodiyaliz hastaların büyük bir kısmı güvence veren sosyal desteği almaktadırlar.

Hastaya yönelik önyargısız, kabullenici ve empatik tutum hastanın sıkıntılarını ifade etmesini ve uyumunu kolaylaştırır. Hemodiyaliz hastalarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanları hastalara empatik, samimi, destekleyici biçimde yaklaşarak onlara güvence veren sosyal destek sağlayabilir.

3.4.HEMODİYALİZ HASTALARININ SOSYO-EKONOMİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİLERE YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri ile benlik saygısı arasındaki ilişkilere yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Denence 1: Hemodiyaliz hastalarının cinsiyetlerine göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 47: Hemodiyaliz Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Benlik Saygısı

Cinsiyet	S	Ort	SS	İstatistik
Kadın	39	15,72	4,155	t= -1,218
Erkek	78	16,68	3,959	

$p > 0,05$

Hemodiyaliz hastalarının cinsiyetlerine göre benlik saygısının farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak için denence 1 oluşturulmuş ve ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını test etmek amacıyla t testi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan 39 kadın hastanın benlik saygısı ortalama puanı 15,72, buna karşın 78 erkek hastanın benlik saygısı puan ortalaması ise 16,68'dir. Bu sonuç erkek hastaların benlik saygısı ortalama puanlarının kadın hastalara göre daha fazla olduğunu göstermektedir. İki grup arasındaki bu fark t-testi sonucuna göre istatistiksel olarak $p > 0,05$ düzeyinde anlamlı bulunmamıştır. Buna göre kadın ve erkek hastalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmaması sebebiyle ilgili denence desteklenmemektedir

Denence 2: Hemodiyaliz hastalarının yaşlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 48: Hemodiyaliz Hastalarının Yaşlarına Göre Benlik Saygısı

Yaş Grupları	S	Ort	SS	İstatistik
19-25	9	16,56	2,455	F= ,465
26-35	23	15,39	3,917	
36-45	31	16,42	4,193	
46-55	28	16,50	4,359	
56-65	26	16,92	4,147	
Toplam	117	16,36	4,033	

$p > 0,05$

Çizelge 48'de hemodiyaliz hastalarının yaşları ile benlik saygısı puan ortalaması arasındaki ilişki verilmiştir. Hemodiyaliz hastalarının yaşlarına göre benlik saygısının farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak ve ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını test etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan hemodiyaliz hastaları 19-25, 26-35, 36-45, 46-55, 56-65 olmak üzere 5 farklı yaş grubuna ayrılmıştır. Benlik saygısı puan ortalaması en yüksek yaş grubu 16,92 puan ortalaması ile 56-65 yaş grubudur. Buna karşın benlik saygısı puan ortalaması en düşük yaş grubu ise 15,39 puan ortalaması ile 26-35 yaş grubudur. 19-25 yaş grubundaki hastaların benlik saygısı puan ortalaması 16,56, 36-45 yaş grubundaki hastaların benlik saygısı puan ortalaması 16,42, 46-55 yaş grubundaki hastaların benlik saygısı puan ortalaması ise 16,50'dir. Gruplar arasındaki benlik saygısı puan ortalamaları farkı tek yönlü varyans analizi sonucuna göre istatistiksel olarak $p > 0,05$ düzeyinde anlamlı bulunmamıştır. Başka bir ifadeyle hemodiyaliz hastalarının yaşları ile benlik saygısı arasında fark saptanmamıştır. Bu sonuç, hemodiyaliz hastalarının yaşlarına göre benlik saygıları farklıdır denencesini desteklememektedir.

Denence 3: Hemodiyaliz hastalarının medeni durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 49: Hemodiyaliz Hastalarının Medeni Durumlarına Göre Benlik Saygısı

Medeni Durum	S	Ort	SS	İstatistik
Evli	83	16,40	4,135	F= 0,418
Bekar	25	16,64	2,970	
Diğer	9	15,22	5,696	
Toplam	117	16,36	4,033	

$p > 0,05$

Hemodiyaliz hastalarının evli, bekâr ve diğer (dul, ayrı yaşama vs.) olmalarının benlik saygısı puan ortalaması ile ilişkisi çizelgede görülmektedir. Buna göre bekâr hastaların benlik saygısı puan ortalaması 16,64, evli hastaların benlik saygısı puan ortalaması 16,40, diğer hastaların benlik saygısı puan ortalaması ise 15,22'dir. Tek yönlü varyans analizi uygulanılarak yapılan istatistiksel çözümlerde gruplar arasında $p > 0,05$ önemlilik düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır. Hastaların evli, bekâr, dul olmaları benlik saygısı üzerinde bir etki yapmamaktadır. Bu sonuç, hemodiyaliz hastalarının medeni durumlarına göre benlik saygısı farklıdır denencesini desteklememektedir.

Denence 4 Hemodiyaliz hastalarının gelir durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 50: Hemodiyaliz Hastalarının Gelir Durumlarına Göre Benlik Saygısı

Gelir Durumu (YTL)	S	Ort	SS	İstatistik
0-250	13	15,62	3,548	F= 4,031**
251-500	51	15,49	4,110	
501-750	23	15,83	4,097	
751-1000	16	17,50	3,688	
1001 ve üzeri	14	19,79	2,486	
Toplam	117	16,36	4,033	

** $p < 0.01$

Hemodiyaliz hastalarının ailelerinin aylık ortalama gelirleri ile benlik saygısı puan ortalaması arasındaki farka ilişkin bulgular Çizelge 50'de verilmiştir. Hemodiyaliz hastalarının gelir durumlarına göre benlik saygısına ilişkin bulgular incelendiğinde en yüksek benlik saygısı puan ortalamasını 19,79 ile 1001 YTL ve üzerindeki gelire sahip hastaların oluşturduğu görülmektedir. Bunu 751-100 YTL gelire sahip olan hastalar 17,50 benlik saygısı puan ortalaması ile ikinci sırada izlemektedir. Benlik saygısı puan ortalamasının yüksekliği bakımından 501-750 Ytl gelire sahip olan hastalar 15,83 benlik saygısı puan ortalaması ile üçüncü sırada yer almaktadır. Bu bağlamda benlik saygısı puan ortalaması en düşük olan gruplar 0-250 YTL aylık ortalama gelire sahip olanlar ile 251-500 YTL aylık ortalama gelire sahip olan hastalardır. Bu hastaların benlik saygısı puan ortalaması ise sırasıyla 15,62 ve 15,49'dur. Çizelgedeki bulgular incelendiğinde hastaların aylık ortalama gelir durumları düştükçe benlik saygısı puan ortalamalarının da düştüğü açıkça görülmektedir.

Hemodiyaliz hastalarının gelir durumlarına göre benlik saygısının farklılaşp farklılaşmadığını saptamak amacıyla tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi uygulanılarak yapılan istatistiksel çözümlemede gruplar arasında $p < 0,01$ önemlilik düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Hastaların aylık ortalama gelir durumları benlik saygısını etkilemektedir. Bu sonuç hemodiyaliz hastalarının gelir durumlarına göre benlik saygısı farklıdır denencesini desteklemektedir.

Çizelge 51: Hastaların Gelir Durumları İle Benlik Saygısı Arasındaki Farkı Gösteren Çoklu Karşılaştırmalar Çizelgesi

(I) Gelir Grubu	(J) Gelir Grubu	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	p
0-250	251-500	,12	1,19	,91
	501-750	-,21	1,33	,87
	751-1000	-1,88	1,43	,19
	1001 ve üzeri	-4,17(*)	1,47	,00
251-500	0-250	-,12	1,19	,91
	501-750	-,33	,96	,72
	751-1000	-2,01	1,10	,07
	1001 ve üzeri	-4,29(*)	1,15	,00
501-750	0-250	,21	1,33	,87
	251-500	,33	,96	,72
	751-1000	-1,67	1,24	,18
	1001 ve üzeri	-3,96(*)	1,30	,00
751-1000	0-250	1,85	1,43	,19
	251-500	2,01	1,10	,07
	501-750	1,67	1,24	,18
1001 ve üzeri	0-250	4,17(*)	1,47	,00
	251-500	4,29(*)	1,15	,00
	501-750	3,96(*)	1,30	,00
	751-1000	2,28	1,40	,10
1001 ve üzeri	0-250	4,17(*)	1,47	,00
	251-500	4,29(*)	1,15	,00
	501-750	3,96(*)	1,30	,00
	751-1000	2,28	1,40	,10

Hastaların gelir durumları ile benlik saygısı arasındaki farkı gösteren çoklu karşılaştırmalar çizelgesi incelendiğinde en yüksek gelir grubundaki hastalar ile diğer gelir grubundaki hastalar arasında benlik saygısı bakımından

farklılaşmanın anlamlı olduğu görülmektedir. Gelir düzeyi yüksek olan hastaların benlik saygısı puan ortalamaları da yükselmektedir.

Gelir düzeyi düşük olan hastaların benlik saygısının da düşük olması gelir düzeyi ile insan sağlığı arasındaki ilişkinin bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Yetersiz gelire sahip olan hemodiyaliz hastaları temel gereksinimlerini karşılayamamakta, yetersiz çevre koşulları içinde yaşamakta, sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük çekmekte ve dolayısıyla fiziksel ve ruhsal sağlıkları olumsuz yönde etkilenmektedir.

Denence 5: Hemodiyaliz hastalarının eğitim durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 52: Hemodiyaliz Hastalarının Eğitim Durumlarına Göre Benlik Saygısı

Eğitim Durumu	S	Ort	SS	İstatistik
Okuma yazma bilmiyor	8	11,63	4,502	F=4,547***
Okuryazar	12	16,08	3,554	
İlkokul mezunu	57	16,04	3,817	
Ortaokul Mezunu	18	16,83	4,120	
Lise Mezunu	20	18,45	3,069	
Lisans Mezunu	2	21,00	1,414	
Toplam	117	16,36	4,033	

*** $p < 0.001$

Çizelge 52'de hemodiyaliz hastalarının eğitim düzeyleri ile benlik saygısı arasındaki farka ilişkin bulgular yer almaktadır. Hemodiyaliz hastalarının eğitim durumlarına göre benlik saygısının farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak amacıyla tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi uygulanarak yapılan istatistiksel çözümlemede gruplar arasında $p < 0,001$ önemlilik düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Ortaya çıkan bu sonuç hemodiyaliz hastalarının eğitim durumlarına göre benlik saygısı farklıdır denencesini desteklemektedir.

Çizelge 53: Hastaların Eğitim Durumları İle Benlik Saygısı Arasındaki Farkı Gösteren Çoklu Karşılaştırmalar Çizelgesi

(I) Eğitim durumu	(J) Eğitim durumu	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	p
Ortaokul mezunu	Lisans mezunu	-4,16	2,80	,14
	Okuryazar	,75	1,40	,59
	İlkokul mezunu	,79	1,01	,43
	Lise mezunu	-1,61	1,22	,18
	Okuma yazma bilmiyor	5,20(*)	1,59	,00
Lisans mezunu	Ortaokul mezunu	4,16	2,80	,14
	Okuryazar	4,91	2,86	,08
	İlkokul mezunu	4,96	2,70	,06
	Lise mezunu	2,55	2,78	,36
	Okuma yazma bilmiyor	9,37(*)	2,97	,00
Okuryazar	Ortaokul mezunu	-,75	1,40	,59
	Lisans mezunu	-4,91	2,86	,08
	İlkokul mezunu	,048	1,19	,96
	Lise mezunu	-2,36	1,37	,08
	Okuma yazma bilmiyor	4,458(*)	1,71	,01
İlkokul mezunu	Ortaokul mezunu	-,79	1,01	,43
	Lisans mezunu	-4,96	2,70	,06
	Okuryazar	-,04	1,19	,96
	Lise mezunu	-2,41(*)	,97	,01
	Okuma yazma bilmiyor	4,41(*)	1,41	,00
Lise mezunu	Ortaokul mezunu	1,61	1,22	,18
	Lisans mezunu	-2,55	2,78	,36
	Okuryazar	2,36	1,37	,08
	İlkokul mezunu	2,41(*)	,97	,01
	Okuma yazma bilmiyor	6,82(*)	1,57	,00

Çizelge 53: Hastaların Eğitim Durumları İle Benlik saygısı Arasındaki Farkı Gösteren Çoklu Karşılaştırmalar Çizelgesi (Devam)

Okuma yazma bilmiyor	Ortaokul mezunu	-5,20(*)	1,59	,00
	Lisans mezunu	-9,37(*)	2,97	,00
	Okuryazar	-4,45(*)	1,71	,01
	İlkokul mezunu	-4,41(*)	1,41	,00
	Lise mezunu	-6,82(*)	1,57	,00

Hastaların eğitim durumları ile benlik saygısı arasındaki farkı gösteren çoklu karşılaştırmalar çizelgesi incelendiğinde okuma yazma bilmeyen hastalar ile okur yazar olan, ilkokul, ortaokul, lise ve lisans mezunu hastalar arasında benlik saygısı bakımından farklılaşmanın anlamlı olduğu görülmektedir. Bu durum eğitim seviyesinin hastaların kronik hastalıklarıyla baş etme mekanizmalarını olumlu yönde etkileyerek benlik saygısını yükselttiği biçiminde yorumlanabilir.

Denence 6: Hemodiyaliz hastalarının sosyal güvence durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 54: Hemodiyaliz Hastalarının Sosyal Güvence Durumlarına Göre Benlik saygısı

Sosyal Güvence	S	Ort	SS	İstatistik
Bağ-Kur	14	16,64	4,601	F=2,799*
Emekli sandığı	3	19,33	2,309	
Yeşil kart	30	14,70	3,905	
SSK	70	16,89	3,862	
Toplam	117	16,36	4,033	

* p < 0.05

Çizelge 54'te hemodiyaliz hastalarının sosyal güvence durumları ile benlik saygısı puan ortalaması arasındaki farka ilişkin bulgular verilmiştir. Hemodiyaliz hastalarının sosyal güvence durumlarına göre benlik saygısının farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

Uygulanan varyans analizi sonucunda gruplar arasında $p < 0,05$ önemlilik düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuç, hemodiyaliz hastalarının sosyal güvence durumlarına göre benlik saygısı farklıdır denencesini desteklemektedir.

Çizelge 55: Hastaların Sosyal Güvence Durumları İle Benlik Saygısı Arasındaki Farkı Gösteren Çoklu Karşılaştırmalar Çizelgesi

(i) Sosyal Güvence Türü	(j) Sosyal Güvence Türü	Ortalama Fark (I-J)	Standart Hata	p
Bağ-Kur	Emekli Sandığı	-2,69	2,50	,28
	Yeşil Kart	1,94	1,27	,13
	SSK	-,24	1,15	,83
Emekli Sandığı	Bağ-Kur	2,69	2,50	,28
	Yeşil Kart	4,63	2,38	,05
	SSK	2,45	2,32	,29
Yeşil Kart	Bağ-Kur	-1,94	1,27	,13
	Emekli Sandığı	-4,63	2,38	,05
	SSK	-2,19*	,86	,01
SSK	Bağ-Kur	,24	1,15	,83
	Emekli Sandığı	-2,45	2,32	,29
	Yeşil Kart	2,19*	,86	,01
	Emekli Sandığı	-4,63	2,38	,05
	SSK	-2,19*	,86	,01

Hastaların sosyal güvence durumları ile benlik saygısı arasındaki farkı gösteren çoklu karşılaştırmalar çizelgesi incelendiğinde yeşil kartlı hastalar ile SSK'lı hastalar arasında benlik saygısı bakımından farklılaşmanın olduğu görülmektedir. Araştırma bulgularına göre yeşil kartlı hastalar en düşük benlik saygısı puan ortalamasına sahip hastaları oluşturmaktadır. Bu sonuç yeşil kartlı hastaların düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olmaları ile ilişkilendirilebilir.

Denence 7: Hemodiyaliz hastalarının yaşadıkları yere göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 56: Hemodiyaliz Hastalarının Yaşadıkları Yere Göre Benlik Saygısı

Yaşanılan Yer	S	Ort	SS	İstatistik
Köy	35	15,00	4,602	t= -2,431*
İl ve ilçe	82	16,94	3,643	

* p < 0.05

Çizelge 56'da yaşamlarını daha uzun süre köyde geçiren hemodiyaliz hastaların il ve ilçelerde geçirenlere göre benlik saygısının daha düşük olduğu görülmektedir. Bu bulgu, t testi sonuçlarına göre de p < 0.05 düzeyinde anlamlı bulunmuş ve hemodiyaliz hastalarının yaşadıkları yere göre benlik saygısı farklıdır denencesi desteklenmiştir.

Yaşamlarını daha uzun süre köyde geçiren hemodiyaliz hastalarının benlik saygısı bakımından il ve ilçelerde geçirenlere göre benlik saygısı bakımından daha avantajlı bir konumda olmaları onların daha çok desteğe veyardıma ihtiyaç duyduklarına işaret etmektedir.

Denence 8: Hemodiyaliz hastalarının oturdukları konutun türüne göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 57: Hemodiyaliz Hastalarının Oturdukları Konut Türüne Göre Benlik Saygısı

Konut Türü	S	Ort	SS	İstatistik
Apartman dairesi	64	16,86	4,031	F= 1,090
Gecekondu	47	15,74	4,136	
Diğer	6	15,83	2,858	
Toplam	117	16,36	4,033	

p > 0.05

Hemodiyaliz hastalarının oturdukları konutun türüne göre benlik saygısı puan ortalaması arasındaki fark çizelge 57'de görülmektedir. Buna göre apartman dairesinde oturan hastaların benlik saygısı puan ortalaması 16,86 ile en yüksek olup bunu 15,83 ile diğer konut türlerinde oturan hastalar ve 15,74 ile gecekondu oturan hastalar izlemektedir. Tek yönlü varyans analizi uygulanılarak yapılan istatistiksel çözümlemede gruplar arasında p > 0,05

önemlilik düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamış ve hastaların oturdukları konut türüne göre benlik saygısı farklıdır denencesi desteklenmemiştir.

Denence 9: Hemodiyaliz hastalarının oturdukları konutun mülkiyetine sahip olma durumuna göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 58: Hemodiyaliz Hastalarının Oturdukları Konutun Mülkiyetine Sahip Olma Durumuna Göre Benlik Saygısı

Mülkiyet Durumu	S	Ort	SS	İstatistik
Evet	65	17,23	3,920	t= 2,683*
Hayır	52	15,27	3,941	

*p < 0.05

Çizelgede oturdukları konutun mülkiyetine sahip olan hemodiyaliz hastalarının benlik saygısı puan ortalaması oturdukları konutun mülkiyetine sahip olmayan hastalara göre yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, t testi sonuçlarına göre de p < 0.05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç, hemodiyaliz hastalarının oturdukları konutun mülkiyetine sahip olma durumuna göre benlik saygısı farklıdır denencesini desteklemektedir.

Oturulan konutun mülkiyetine sahip olan hastaların benlik saygısının daha yüksek olması araştırmanın diğer bulgularından olan gelir düzeyinin yükselmesi benlik saygısını olumlu yönde etkiler bulgusuna paralel bir bulgu olarak ortaya çıkmaktadır.

Denence 10: Hemodiyaliz hastalarının aile biçimlerine göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 59: Hemodiyaliz Hastalarının Aile Biçimlerine Göre Benlik Saygısı

Aile Biçimi	S	Ort	SS	İstatistik
Çekirdek	79	16,54	3,964	F= 0,261
Geniş	30	15,93	4,034	
Diğer	8	16,13	5,083	
Toplam	117	16,36	4,033	

p > 0.05

Hemodiyaliz hastalarının aile biçimlerine göre benlik saygısı çizelge 59'da görülmektedir. Buna göre çekirdek aileye sahip hastaların benlik saygısı puan ortalaması 16,54, geniş aileye sahip hastaların benlik saygısı puan ortalaması 15,93, diğer aileye sahip (yalnız yaşayan veya parçalanmış aile) hastaların benlik saygısı puan ortalaması ise 16,13'tür. Hemodiyaliz hastalarının aile biçimlerine göre benlik saygısının farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda çekirdek, geniş ve diğer aile biçimi grupları arasında $p > 0,05$ önemlilik düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç, hemodiyaliz hastalarının aile biçimlerine göre benlik saygısı farklıdır denencesini desteklememektedir.

3.5. HEMODİYALİZ HASTALARININ HASTALIK SÜRECİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİLERE YÖNELİK BULGULAR

Denence 11: Hemodiyaliz hastalarının hemodiyaliz tedavisine başlama süresine göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 60: Hemodiyaliz Hastalarının Hemodiyaliz Tedavisine Başlama Süresine Göre Benlik Saygısı

Ay	S	Ort	SS	İstatistik
0-12	21	16,14	3,511	F= 0,068
13-36	22	16,73	4,548	
37-60	18	16,44	3,518	
61-120	41	16,27	4,765	
121ve üzeri	15	16,27	2,434	
Toplam	117	16,36	4,033	

$p > 0,05$

Hemodiyaliz hastalarının hemodiyaliz tedavisi alma süresine göre benlik saygısının farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular çizelge 60'da görülmektedir. Araştırma bulgularına göre 0-12 ay arası hemodiyaliz tedavisi alan hastaların benlik saygısı puan ortalaması 16,14, 13-36 ay arası hemodiyaliz tedavisi alan hastaların benlik saygısı puan ortalaması 16,73, 37-60 ay arası hemodiyaliz tedavisi alan hastaların benlik saygısı puan ortalaması

16,44, 61-121 ay arası hemodiyaliz tedavisi alan hastaların benlik saygısı puan ortalaması 16,27, 121 ay ve üzeri hemodiyaliz tedavisi alan hastaların benlik saygısı puan ortalaması ise 16,27'dir. Tek yönlü varyans analizi uygulanılarak yapılan istatistiksel çözümlerde gruplar arasında $p > 0,05$ önemlilik düzeyinde anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonuç, hemodiyaliz hastalarının hemodiyaliz tedavisine başlama süresine göre benlik saygısı farklıdır denencesini desteklememektedir.

Denence 12: Hemodiyaliz hastalarının tedavi ekibince yapılan önerilere uyup uymama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 61: Hemodiyaliz Hastalarının Tedavi Ekibince Yapılan Önerilere Uyup Uymama Durumuna Göre Benlik Saygısı

Önerilere Uyuma Durumu	S	Ort	SS	İstatistik
Evvet	58	17,02	4,028	F= 1,694
Hayır	4	16,75	6,850	
Bazen aksatıyorum	55	15,64	3,768	
Toplam	117	16,36	4,033	

$p > 0,05$

Çizelge 61'de hemodiyaliz hastalarının tedavi ekibince yapılan önerilere uyup uymama durumlarına göre benlik saygısı puan ortalaması arasındaki farka ilişkin bulgular verilmiştir. Bu değişkenler arasındaki farkı saptamak ve ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını test etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Uygulanan varyans analizi sonucunda gruplar arasında $p > 0,05$ önemlilik düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç, hemodiyaliz hastalarının önerilere uyup uymama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır denencesini desteklememektedir.

Denence 13: Hemodiyaliz hastalarının organ nakli olup olmama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 62: Hemodiyaliz Hastalarının Organ Nakli Olup Olmama Durumlarına Göre Benlik Saygısı

Organ Nakli Yapılma Durumu	S	Ort	SS	İstatistik
Evvet	11	16,64	3,668	t= 0,239
Hayır	106	16,33	4,084	

$p > 0,05$

Çizelge 62’de hemodiyaliz hastalarının organ nakli olup olmama durumları ile benlik saygısı arasındaki farka ilişkin bulgular yer almaktadır. Bu bulgulara göre organ nakli olan hemodiyaliz hastalarının benlik saygısı puan ortalaması organ nakli olmayanlara göre daha yüksek bulunmakla birlikte yapılan t testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak $p > 0,05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuca göre hemodiyaliz hastalarının organ nakli olup olmama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır denencesi desteklenmemektedir.

Denence 14: Hemodiyaliz hastalarının sekonder hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 63: Hemodiyaliz Hastalarının Sekonder Hastalığa Sahip Olup Olmama Durumlarına Göre Benlik Saygısı

Sekonder Hastalık Bulunma Durumu	S	Ort	SS	İstatistik
Evvet	35	16,06	3,955	t= -0,527
Hayır	82	16,49	4,083	

$p > 0,05$

Hemodiyaliz hastalarının kronik böbrek yetmezliği hastalığı dışında başka bir hastalığa sahip olup olmama durumları ile benlik saygısı arasındaki farka ilişkin bulgular çizelge 63’te verilmiştir. Bu bulgulara göre kronik böbrek yetmezliği hastalığı dışında hastalığa sahip olan hastaların, başka bir hastalığa sahip olmayanlara göre benlik saygısının düşük olduğu görülmekle birlikte yapılan t testi sonucuna göre gruplar arasındaki fark $p > 0,05$ önem düzeyinde

istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuca göre hemodiyaliz hastalarının başka hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır denencesi desteklenmemektedir.

Denence 15: Hemodiyaliz hastalarının ameliyat olup olmama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 64: Hemodiyaliz Hastalarının Ameliyat Olup Olmama Durumlarına Göre Benlik Saygısı

Ameliyat Olma Durumu	S	Ort	SS	İstatistik
Evet	26	16,27	3,365	t= -0,128
Hayır	91	16,38	4,221	

$p > 0,05$

Çizelge 64'te hemodiyaliz hastalarının ameliyat olup olmama durumları ile benlik saygısı puan ortalaması arasındaki farka ilişkin bulgular verilmiştir. Bu değişkenler arasındaki farkı saptamak ve ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını test etmek amacıyla t testi uygulanmıştır. T testi sonucuna göre ameliyat olmayan hastaların benlik saygısı puan ortalaması ameliyat olan hastalara göre daha yüksek olmasına karşılık bu durum istatistiksel açıdan $p > 0,05$ düzeyinde anlamlı bulunmamıştır. Hemodiyaliz hastalarının ameliyat olup olmama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır denencesi desteklenmemiştir.

3.6. HEMODİYALİZ HASTALARININ EMPATİK, BİLGİSEL, MADDİ, SOMUT VE GÜVENCE VEREN SOSYAL DESTEK ALIP-ALMAMA DURUMLARI İLE BENLİK SAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİLERE YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde hemodiyaliz hastalarının empatik, bilgisel, maddi, araçsal ve güvence veren sosyal destek alıp-almama durumları ile benlik saygısı arasındaki ilişkiler ele alınmıştır.

Denence 16: Hemodiyaliz hastalarının empatik sosyal destek alıp almama durumuna göre benlik saygısı farklıdır..

Çizelge 65: Hemodiyaliz Hastalarının Empatik Sosyal Destek Alıp Almama Durumuna Göre Benlik Saygısı

Empatik Sosyal Destek	S	Ort	SS	İstatistik
Evvet	110	16,61	3,961	t = 2,732 **
Hayır	7	12,43	3,207	

**p < 0.01

Çizelge 65'te görüldüğü gibi empatik sosyal destek alan hastaların benlik saygısı puan ortalamaları empatik sosyal destek almayan hastaların puan ortalamasından daha yüksektir. Bu bulgu, t testi sonuçlarına göre de p < 0.001 düzeyinde de anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç, hemodiyaliz hastalarının empatik sosyal destek alıp almama durumuna göre benlik saygısı farklıdır denencesini desteklemektedir.

Çevresindekilerce hemodiyaliz tedavisi süresince karşılaştığı güçlüklerle ilgili olarak duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirilen, anlaşıldığı, değerli olduğu ve sevildiği hissettirilen hemodiyaliz hastalarının benlik saygısı daha yüksektir.

Denence 17: Hemodiyaliz hastalarının bilgisel sosyal destek alıp almama durumuna göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 66: Hemodiyaliz Hastalarının Bilgisel Sosyal Destek Alıp Almama Durumuna Göre Benlik Saygısı

Bilgisel Sosyal Destek	S	Ort	SS	İstatistik
Evvet	69	16,51	4,276	t= 0,475
Hayır	48	16,15	3,690	

p > 0.05

Hemodiyaliz hastalarının bilgisel sosyal destek alıp almama durumları ile benlik saygısı arasındaki farka ilişkin bulgular çizelge 66'da gösterilmiştir. Çizelgeden de anlaşıldığı gibi bilgisel sosyal destek alan hemodiyaliz hastalarının bilgisel sosyal destek almayan hastalara göre benlik saygısı puan ortalaması daha

yüksektir. Ancak bu sonuç yapılan t testine göre gruplar arasındaki fark $p > 0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış; hemodiyaliz hastalarının bilgisel sosyal destek alıp almamasına göre benlik saygısı farklıdır denencesi desteklenmemiştir.

Denence 18: Hemodiyaliz hastalarının araçsal sosyal destek alıp almama durumuna göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 67: Hemodiyaliz Hastalarının Araçsal Sosyal Destek Alıp Almama Durumuna Göre Benlik Saygısı

Araçsal Sosyal Destek	S	Ort	SS	İstatistik
Evvet	101	16,50	3,939	t= 0,983
Hayır	16	15,44	4,618	

$p > 0.05$

Hemodiyaliz hastalarının araçsal sosyal destek alıp almama durumlarına göre benlik saygısı puan ortalaması çizelge 67’de verilmiştir.

Bu değişkenler arasındaki farkın saptanması ve ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını test için t testi uygulanmıştır. Araçsal sosyal destek alan hasaların benlik saygısı puan ortalaması araçsal sosyal destek alanlara göre daha yüksek olmasına rağmen yapılan t testi sonucuna göre gruplar arasındaki fark $p > 0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hemodiyaliz hastalarının araçsal sosyal destek alıp almaması durumuna göre benlik saygısı farklıdır denencesi desteklenmemiştir.

Denence 19: Hemodiyaliz hastalarının maddi sosyal destek alıp almaması ile benlik saygısı arasında farklıdır.

Çizelge 68: Hemodiyaliz Hastalarının Maddi Sosyal Destek Alıp Almama Durumuna Göre Benlik Saygısı

Maddi Sosyal Destek	S	Ort	SS	İstatistik
Evvet	62	15,50	3,924	t = -2,501*
Hayır	55	17,33	3,968	

* $p < 0,05$

Hemodiyaliz hastalarının maddi sosyal destek alıp almama durumları ile benlik saygısı arasındaki ilişkin bulgular çizelge 68'de gösterilmiştir. Çizelgeden de anlaşıldığı gibi maddi sosyal destek almayan hemodiyaliz hastalarının maddi sosyal destek alan hastalara göre benlik saygısı puan ortalaması daha yüksektir. Bu sonuç yapılan t testine göre de $p < 0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hemodiyaliz hastalarının maddi sosyal destek alıp almama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır denencesi desteklenmiştir. Yeterli gelire sahip olmama hastaların benlik saygısını olumsuz yönde etkilemektedir.

Denence 20: Hemodiyaliz hastalarının güvence veren sosyal destek alıp almama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır.

Çizelge 69: Hemodiyaliz Hastalarının Güvence Veren Sosyal Destek Alıp Almama Durumlarına Göre Benlik Saygısı

Güvence Veren Sosyal Destek	S	Ort	SS	İstatistik
Evet	100	16,25	4,123	$t = -,707$
Hayır	17	17,00	3,500	

$p > 0,05$

Çizelge 69'da hemodiyaliz hastalarının güvence veren sosyal destek alıp almama durumlarına göre benlik saygısı arasındaki farka ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge incelendiğinde güvence veren sosyal destek almayan hastaların benlik saygısı puan ortalamasının güvence veren sosyal destek alan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Fakat yapılan t testi sonucunda bu iki grup arasında $p > 0,05$ önemlilik düzeyinde fark bulunmamıştır. Hemodiyaliz hastalarının güvence veren sosyal destek alıp almama durumlarına göre benlik saygısı farklıdır denencesi desteklenmemiştir.

BÖLÜM IV

SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. SONUÇ

Ankara'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı üç hastanede (Türkiye Yüksek İhtisas, Etlik İhtisas ve Atatürk Eğitim ve Araştırma) düzenli olarak hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin, sosyal destek kaynaklarının ve hastalık sürecinin hastaların benlik saygısına etkisinin ortaya konulması amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının büyük bir kısmını erkek ve orta yetişkinlik dönemindedir.

Araştırmaya katılan hemodiyaliz hastalarının çoğunluğu evli olup, çekirdek ailelerden gelmektedir.

Hastalar orta düzeyde gelire sahip olup, mülkiyetine sahip oldukları konutlarda oturmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların sosyal güvencesi bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hastalar kent kökenli olup eğitim düzeyi düşüktür.

Hastaların büyük bir kısmı herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Hastaların büyük bir kısmı 5-10 yıldır hemodiyaliz tedavisi almaktadır.

Hastaların neredeyse tamamı haftada üç gün hemodiyaliz tedavisi almaktadır.

Hastaların büyük bir kısmı sekonder hastalığa sahip değildir.

Hastalar arasında tedavi ekibince yapılan önerileri uygulamakta ve ilaçlarını düzenli kullanmaktadır.

Hastaların çoğunluğu tedavi ekibine yönelik olumlu tutumlara sahiptirler.

Hastaların çoğunluğu hastalığa bağlı ilave sorunlar yaşamaktadır.

Hastaların çoğunluğu hastalıklarıyla ilgili konularda kendilerini bilgili olarak değerlendirmektedir.

Hastalar beden imajlarını olumsuz olarak algılamamakta ve kendilerini bağımlı olarak görmektedir.

Hastalar arasında ölüm, kaygı yaşama, yaşamını kısıtlanmış olarak görme, yorgunluk ve zihinsel çökkünlük yaygındır. Yakın arkadaş ve akrabalarıyla ilişkileri azalmış olup, rol ve sorumluluklarını yerine getirememesi sorunları yaşamaktadır.

Organ nakli olma beklentisi yaygındır ve bir gün iyileşebilme umudu bulunmaktadır.

Hastaların bir kısmı hastalıkları nedeniyle malulen emekli olmuş, bir kısmı işsiz kalmış ve çalışma saatinde azalma olmuş, çok az bir kısmı ise meslek değiştirmiştir.

Empatik sosyal destek, maddi sosyal destek, bilgisel sosyal destek, araçsal sosyal destek ve güvence veren sosyal destek alan hastalar çoğunlukta olmakla birlikte dikkate değer oranda hasta sosyal destekten yoksundur.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, ailenin türü, ve konut türü ile benlik saygısı arasında bir ilişki bulunmamaktadır.

Aylık ortalama gelir, eğitim durumu, sosyal güvence durumu, konutun mülkiyetine sahip olma durumu ve en uzun süre yaşanan yer benlik saygısını doğrudan etkilemektedir.

Hastalık sürecine ilişkin faktörler (hemodiyaliz süresi, tedavi ekibinin önerilerine uyma, organ nakli olma, sekonder hastalığa sahip olma ve ameliyat olma durumu) benlik saygısını doğrudan etkilememektedir.

Hastaların empatik ve maddi sosyal desteğe sahip olma benlik saygısını artırmakta iken bilgisel, araçsal ve güvence veren sosyal destek alıp almama benlik saygısı üzerinde etkili değildir.

4.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde hemodiyaliz ünitelerinde düzenli hemodiyaliz tedavisi alan hastaların tedavi sürecine katılım ve uyum düzeylerini geliştirmek, tıbbi bakım ve tedaviden en iyi biçimde yararlanmalarını sağlamak, kronik hastalıkları nedeniyle karşılaştıkları psiko-sosyal ve ekonomik sorunlarına çözüm getirmek amacıyla aşağıda sıralanan öneriler geliştirilmiştir. Kronik hastalığın sonucu olarak hemodiyaliz tedavisi alan hastaların yakın akrabala ve arkadaşlarıyla ilişkileri azalmakta, diğer insanlara karşı beklentileri artmakta, hastalıkları nedeniyle yaşadıkları çevreyi değiştirmek zorunda kalmakta, rol ve sorumluluklarını yerine getirmede güçlükler yaşamaktadırlar. Bu bağlamda, hemodiyaliz hastalarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanları hastaların sosyal işlevselliklerini sağlayarak sosyal ilişkilerini sürdürmelerine ve onları toplumla bütünleşmelerine yardımcı olmalıdır.

Araştırma bulguları hastaların hastalıklarıyla ilgili bilgi sahibi olma ihtiyacı içinde olduklarını ortaya koymaktadır. Bu nedenle hastalar, tedavi ekibince hastalığın doğası, tedavi yöntemleri, transplantasyon, diyet ve cinsel sorunlar konularında bilgilendirilmelidir.

Araştırmaya katılan hastaların önemli bir kısmı temel ihtiyaçlarını karşılayacak yeterli gelire sahip değillerdir. Yoksulluk araştırmaya katılan hastalar arasında belirgindir. Yoksulluğun kronik hastalığın prognozunu ve hastaların benlik saygısını olumsuz yönde etkilediğinden hareketle maddi yönden yoksunluk içinde olan hastaların desteklenmesi için sosyal yardım hizmetlerine ulaşmalarına aracılık edilmeli, toplumda var olan kaynaklar geliştirilmelidir. Özellikle maddi yoksunluk içinde olan hastaların diyaliz merkezlerine ulaşım sorunlarının çözümü için belediyeler ve diğer sivil toplum kuruluşları harekete geçirilmelidir.

Hemodiyaliz hastalarının çoğunluğu empatik, maddi, bilgisel, araçsal ve güvence veren sosyal destek almasına rağmen dikkate değer sayıda hasta sosyal destekten yoksundur. Bu nedenle hasta ve ailelerine kronik hastalıkla başatmelerinde önemli rolü olan sosyal destek sağlanmalıdır. Hemodiyaliz

hastalarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanları hasta ve ailesinin üzüntü ve kaygılarını paylaşmalı, hasta ve aile üyelerinin sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için sosyal hizmetlerden yararlanmalarına aracılık etmeli, hasta ve ailesine toplum kaynakları, hastalık, tedavi süreci, tedavi seçenekleri ve tedavi sonuçları hakkında bilgi vermelidir.

Hastaların yarıya yakın bir kısmı oturdukları konutun mülkiyetine sahip değildir. Düşük gelire sahip hastaların kira ödemesi ekonomik yetersizliklerini artırmaktadır. Bu nedenle düşük gelir grubunda olan hastaların barınma sorununu çözmeye yönelik sosyal konutlar yapılmalı ve hastalar var olan sosyal konutlardan yararlandırılmalıdır.

Araştırma bulgularına göre hastaların çok az bir kısmı çalışma yaşamına katılmaktadır. Bu nedenle hastaların kapasiteleri oranında çalışma yaşamına katılmaları için mesleki rehabilitasyon ve meslek danışmanlığı programları oluşturulmalıdır.

Hastaların büyük bir kısmı tedavi ekibine yönelik olumlu tutumlara sahiptirler. Buna karşın bazı hastalar tedavi ekibine karşı kızgınlık, memnuniyetsizlik gibi duygular hissetmekte ve tedavi ekibince anlaşılmadıklarını düşünmektedirler. Bu nedenle hemodiyaliz hastalarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanları hastanın tedaviye katılımı ve uyumu için tedavi ekibiyle ilişkilerini düzenlemelidir. Hastaların tedavi ekibine yönelik kızgınlık, öfke, memnuniyetsizlik gibi duygu ve düşüncelerini serbestçe ifade etmelerine yardımcı olunmalıdır.

Hastaların büyük bir kısmı kendilerini bağımlı olarak görmektedir. Bu nedenle hastalara onların bağımlılık gereksinimlerini artırmayacak, bireyselliklerini zedelemeyecek şekilde yardım verilmelidir.

Hastalar arasında organ nakli olma beklentisi yaygındır. Hastaların umudu korunmalı ancak hastaların kronik hastalıklarını gerçekçi bir biçimde kabullenışı sağlanmalıdır.

Hastaların hemodiyalizde geçen zamanlarının sıkıntısız, rahat veyararlı olması için gerekli fiziksel düzenlemeler yapılmalı ve bu yönde gerekli donanım sağlanmalıdır.

Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği bünyesinde nefroloji alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının bilgi ve deneyimlerini paylaşabilmeleri için komisyon oluşturulmalıdır.

Hemodiyaliz ünitelerinde hasta ve ailelerinin karşılaştıkları psiko-sosyal ve ekonomik sorunların çözümüne yönelik mesleki çalışmaları yürütecek yeterli sayıda sosyal hizmet uzmanı istihdam edilmelidir.

KAYNAKLAR

- Akşit, B. (1997). Halk Sağlığı. Münevver Bertan, Çağatay Güler (Ed.), *sosyal çalışma ve toplum sağlığı* (s.490-495). Ankara: Güneş Kitabevi.
- Alemdar, G. (1990). Düzenli hemodiyaliz tedavisindeki gençlerde benlik kavramı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü.
- Astan, G. (2001). Effects of social support and locus of control on depressive and anxiety symptoms of dialysis patients. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Auslander, G., Dobraf, J. , Epstein, I. (2001). Comparing social work's role in renal dialysis in İsrail and the United States: The practice-based research potential of available clinical information. *Social Work in Health Care*, 33 (3-4), 129-151.
- Aydın, Z. (2000). Hemodiyaliz hemşiresi el kitabı (Ed. Tekin Akpolat, Cengiz Utaş). *Sürekli ayaktan periton diyalizi*. İstanbul: Güzel Sanatlar Matbaası A.Ş.
- Balat, G.U., Akman, B. (2004). Farklı sosyo-ekonomik düzeydeki lise öğrencilerinin benlik saygısı düzeylerinin incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14 (2), 175-183.
- Baltaş, Z. (2000). *Sağlık psikolojisi*. (Birinci Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi.

- Barker, R.L. (1999). *The social work dictionary*. (Dördüncü Baskı). Washington DC: Nasw Press.
- Bordelon, T.D. (2002). Using DAVE as a Model to go beyond treatment compliance with persons receiving renal replacement therapy. *Social work in Health Care*, 36 (2), 35-48.
- Callahan, M.B: (1988). The role of the nephrology social worker in optimizing treatment outcomes for end-stage renal disease patients. *Dialysis ,Transplantation*, 27 (10), 144-155.
- Carlson, D.S. , Perrewe, P.L. (1999). The role of social support in the stressor-strain relationship: An examination of work-family conflict. *Journal of Management*, 25 (4), 513-540.
- Christoherson, L. (1987). Cardiac transplantation: a psychological perspective. *Circulation*, 75, 57-62.
- Cimilli, C. (1994). Hemodiyalizin psikiyatrik yönleri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 3 (3), 88-82.
- Connett, D.F. (2005). Clarification of social support. *Journal of nursing scholarship*, 37 (1), 4-9.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self esteem*. San Francisco: CAA Freeman.

- Coopersmith, S. (1986). *Self-esteem inventories*. Palo Alto, California, Consulting: Psychologists Press.
- Cöngövel, M., Evrenkaya T: R., Ebrinç, S., Atasuyu, M.A., Çetin, M. , Tölbek, M.Y. (1999). Kronik hemodiyaliz hastalarında intihar düşüncesi ve depresyonu etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 41 (4), 450-458.
- Durmuşoğlu, M. (1998). Halk sağlığı. Recep Akdur, Meltem Çöl ve diğerleri (Ed.), *tıbbi sosyal hizmet* (s.421-427). Ankara: Antıp Aş.
- Duyan, V. (1996). *Sağlıkta psikososyal boyut (Tıbbi sosyal hizmet)*. Ankara: 72TDF0 Ltd.
- Duyan, V. (1997). *Sosyal grup çalışması uygulamasının ortopedi hastalarının kişisel ve sosyal uyum düzeylerine etkisi*. Ankara: Aydınlar Matbaacılık.
- Duyan, V. (2001). HIV/AIDS'e ilişkin damgalanma ve sosyal destek. *Sağlık ve Toplum*, 11 (1), 3-11.
- Duyan, V. (2002). Kentleşme, kronik hastalıklar ve sosyal hizmet. *Sosyal Hizmet Sempozyumu 98"Kentleşme Sürecinde Sosyal Hizmet"*. Ankara: Sabev.
- Duyan, V. (2003). Hastaların karşılaştıkları sorunlar ve çözümleri odağında tıbbi sosyal hizmet. *C.Ü Tıp Faköltesi Dergisi*, 25 (4), 39-43.
- Duyan, V. (2003). Sosyal hizmetin işlev ve rolleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 14(2), 1: 22.

- Eker, D., Akkar, H., Yıldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1), 17-25.
- Erdeğer, N. (2001). Lise öğrencilerinin sosyal destek veyalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışma Bilim Dalı.
- Erdem, M., Taşcı, N. (2003). Tüberküloz hastalarında benlik saygısı benlik saygısı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51 (2), 171-176.
- Erengin, N., Keçecioğlu, N., Güven. M., Sarıkaya, M., Tuncer, M., Özcan, S. ve diğerleri.(1993). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların yetiyitimi, depresyon ve anksiyete yönünden karşılaştırılması. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 3, 137-140.
- Furr, L.A. (1998). Psycho-social aspects of serious renal disease and dialysis: A review of the literature. *Social Work in Health Care*, 27 (3), 97-117.
- Fusilier, R., Ganster, C. , Mayes, T.B. (1987). Effects of social support, role stress, and locus of control on health. *Journal of Management*, 13 (3), 517-528.
- Gibelman, M. , Spring.(1995). *What: social workers do*. Washington, DC: NASW Pres.

Gilbert, C.G., Chen, J., Spencer, S.M., See, S., Kuester, O.A., Tran, D., Tekeuchi, D. (2006). Social support as a buffer for perceived unfair treatment among Filipino Americans: Differences Between San Francisco and Honolulu. *American Journal of Public Health*, 96 (4), 677-684.

Gomez, J. (1987). Liaison psychiatry. *Liaison in renal and genitourinary problems*. New York: The Free Press.

Gökçakan, Z. (1988). Türkiye’de tıbbi sosyal hizmet uygulamaları için yeni bir alan olarak hemodiyaliz üniteleri. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*, 1 (1-2-3), 67-76.

Harwood, L. , Cusolito, H.L. , Spittal, J., Wilson, B. , White, S. (2005). Preparing for hemodialysis: Patient stressor and Responses. *Nephrology Nursing Journal*, 32 (3), 295-302.

Işıkhan, V., Kömürcü, Ş., Özet, A., Arpacı, F., Öztürk, B. , Yalçın, A. (1997). Meme kanserli hastaların sosyal destek sistemleri ve benlik saygısı. *GATA Bülteni* 39: 364-368.

Işıkhan, V. (2005). *Türkiye’de zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin sorunları*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.

Kadayıfçı, A. (2003). *Uzmanlar tus serisi dahiliye*. (Dördüncü Basım) Ankara: Atlas Yayıncılık.

Karasar, N. (1994). *Bilimsel araştırma yöntemi*. (Beşinci Basım).Ankara: 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd.

Karataş, K. (2001). Toplumsal değişme ve aile. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 12 (2), 87-96.

Kaya, A. , Saçkes, M. (2004). Benlik saygısı geliştirme programının ilköğretim 8.sınıf öğrencilerinin benlik saygısı düzeylerine etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3 (21), 49-55.

Keçecioglu, N.B., Yüçetin, L., Demirbaş, A. (2004). Organ nakli koordinatörlüğü: Organ nakli ve organ bağıışı konusunda sosyal hizmet uzmanlarının istihdamı." *Türkiye'de Sosyal Hizmet Uygulamaları, İhtiyaç ve Sorunlar*". Arzu İçağasıoğlu Çoban, Halit Koray Aslanoğu (Ed.). Ankara: Ümit Ofset.

Keçecioglu, N.B., Özcan, E., Yılmaz, H., Sezer, M.T., Eryılmaz, M., , Ersoy, F.F. ve diğerleri (1995). Hemodiyaliz tedavisi gören hastalar ve bu hasta yakınlarının depresyon, anksiyete veyaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 4(3), 172-176.

Kongar ,E. (1994). *Türkiye'nin toplumsal yapısı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Koşar, N.G. (1996). *Sosyal hizmetlerde yaşlı refahı alanı*. Ankara: Şafak Matbaacılık.

- Kumbasar, H. (2005). Kronik böbrek hastalarında karşılaştığımız psikiyatrik sorunlar veyaklaşım. (Ed. Sedat Özkan) *Konsültasyon-liyezoon psikiyatrisi psikiyatrik tıp 2002-2004*. İstanbul.
- Kutmandu, A. , Sözen F. (2004). Hemodiyaliz hastalarında sosyal hizmet ihtiyacı." *Türkiye'de Sosyal Hizmet Uygulamaları, İhtiyaç ve Sorunlar*". Arzu İçağasıoğlu Çoban, Halit Koray Aslanoğu (Ed.). Ankara: Ümit Ofset.
- Lacroix, A. , Assal, J.P. (2003). *Hastaların terapatik eğitimi*. B. Piyal, R.S. Tabak (Çeviri Editörü). Ankara: Palme Yayıncılık.
- Mollaoğlu, M. (2006). Perceived social support, anxiety and self care among patients receiving hemodialysis. *Dialysis ,Transplantation*, 35 (3), 144-155.
- Mowbray, C.T., Bybee, D., Hollingsworth, L., Goodkind, S. , Oyserman, D. (2005). Living arrangements and social support: Effects on the well-being of mothers with mental illness. *Social Work Research*, 29 (1), 41-55.
- Okanlı, A. (2005). Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek veyaşam doyumuu. (Ed. Sedat Özkan) *Konsültasyon-liyezoon psikiyatrisi psikiyatrik tıp 2002-2004*. İstanbul.
- Okyayuz, Ü. (1998). Davranış bilimlerine giriş. Yıldırım B. Doğan (Ed.) , *Ölüm kavramı, ölümcül hasta ve ailesi* (s.247-253). Ankara: Antıp Aş.

Onur, B. (1995). *Gelişim psikolojisi*. (Üçüncü Basım).Ankara: İmge Kitabevi.

Öngel, E. (1980). *Araştırmacılar için kimi istatistiksel teknikler*. Ankara.

Öntaş, Ö. (1999). Prof. Dr. Sema Kuta'a armağan yaşam boyu sosyal hizmet, Nesrin G. Koşar, Veli Duyan (Ed.), *sosyal hizmet mesleğinde sosyal destek kavramı* (s.146-151). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını.

Öntaş, Ö. (2001). Prof. Dr. Nihal Turan'a armağan sosyal hizmette yeni yaklaşımlar ve sorun alanları, Veli Duyan, Aliye Mavili Aktaş (Ed), *güçlendirme yaklaşımı* (s. 103-108). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını.

Östergren, P.O., Hanson, B.S., Isacson, S.O , Tejler, L. (1991). Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in an emergency department. A case control study. *Social Science Medicine*, 33 (3), 2, 257-267.

Öz, F. (1994). Kolostomili hastalarda benlik kavramı ve hemşirelik. *3.Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu*. İstanbul.

Özbesler, C. (2001). Çocukluk çağı lösemileri ve sosyal destek sistemlerinin aile işlevlerine etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özcan, Y., Baştürk, M., Aslan, S.S. , Utaş, C. (2000). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik morbidite veyaşam kalitesi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 7 (4), 333-337.

- Özçürümez, G., Tanrıverdi, N. , Zileli, L. (2003). Kronik Böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14 (1), 72-80.
- Özdemir, U. (2000). *Türkiye'de psikiyatrik sosyal hizmet*. (Birinci Basım). Ankara: Aydınlar Matbaası.
- Özgür, B., Kürşat, S. , Aydemir, Ö. (2003). Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 12 (2), 113-116.
- Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik tıp: Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi*. İstanbul.
- Özgüven, H.D., Soykan, Ç., Haran, S. , Gençöz, T. (2003). İntihar girişiminde Depresyon ve kaygı belirtileri ile problem çözme becerileri ve algılanan sosyal desteğin önemi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18 (52), 1-11.
- Patel, S.S., Peterson, R.A. , Kimmel, P.L. (2005). The impact of social support on end stage renal disease. *Seminars in Dialysis*, 18 (2), 98-102.
- Pişkin, M. (2004). İlköğretimde rehberlik. *Özsaygıyı geliştirme eğitimi*. (Beşinci Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Revenson, T.A., Schiaffino, K.M., Deborah, S.M., , Gibofsky, A. (1991). *Social Science Medicine*, 33 (7), 807-813.
- Robins, S.L. (2003). *Temel patoloji*. (Çeviren, Uğur Çevikbaş). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. ŞTİ.

Sadock, J.B. , Kaplan, H.i. (2004). *Klinik psikiyatri*. (Ercan Abay Çeviri Editörü). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Sağduyu, A., Şentürk, V., Sezer, S., Emiroğlu R. , Özel, S. (2006). Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi, ve tedaviye uyum. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17 (1), 22-31.

Schwartz, C. , Frohner, R. Contribution of demographic, medical and social support variables in predicting the mental health dimension of quality of life among people with multiple sclerosis. (2005). *Health , Social Work*, 30 (3), 203-212.

Sezer, M.T. (2001). Hemodiyaliz hekimi el kitabı. (Ed. Tekin Akpolat, Cengiz Utaş). *Psikiyatrik sorunlar*. (İkinci Baskı). Kayseri: Anadolu Yayıncılık.

Süleymanoğlu, Y. (2003). Düzenli olarak hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastaları ile düzensiz olarak acilden hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarının ve normal populasyonun depresyon ve sosyal destek açısından değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Şahin, D. (1999). Sağlık psikolojisi. Ülgen H. Okyayuz (Ed.) , *Sosyal destek ve sağlık* (s.39-78). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Şahin, D. (1999). Sağlık psikolojisi. Ülgen H. Okyayuz (Ed.) , *Sosyal destek ve sağlık* (s.79-106). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

- Tan, M. , Karabulutlu, E. (2004). Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların benlik saygısı ve beden imajını algılayışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (3), 67-73.
- Tomanbay, İ.(1992). *Ana çocuk sağlığında sosyal boyut*. (Birinci Baskı). Ankara: Doruk Yayınları.
- Tomanbay, İ., Atabey, N., Aydoğdu, A., Duyan, V., Türütgen, Z., , Arslan A., ve diğerleri. (1995). "Sağlık ve sosyal hizmetler çalışma grubu raporu. 4. *Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı 2000'li Yıllara Doğru Sosyal Devletin Gerçekleştirilmesinde Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi*". Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi.
- Tomanbay, İ.(1999). *Sosyal çalışma sözlüğü*. Ankara: Selvi Yayınevi.
- Tufan, B. (1990). Benlik saygısı kavramı veyaşam boyunca benlik saygısının gelişimi. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*, 8 (1-2-3), 29-40.
- Tufan, B. , Yıldız, S. (1993). *Geri dönüş sürecinde ikinci kuşak*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi
- Tufan. , B. (1994). *Göçmen işçilerde iş kazaları*. Ankara: SSK Yayını.
- Yataklı tedavi kurumları istatistik yılığı 2004*. (2005). Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Utaş, C. , Akpolat, T. (2000). Hemodiyaliz hemşiresi el kitabı (Ed. Tekin Akpolat, Cengiz Utaş). *Diyaliz: Genel bilgiler*. İstanbul: Güzel Sanatlar Matbaası A.ř.

Utaş, C. , Akpolat, T. (2001). Hemodiyaliz hekimi el kitabı.(Ed. Tekin Akpolat, Cengiz Utaş). *Böbrek yetmezliği: Genel bilgiler*. (İkinci Baskı). Kayseri: Anadolu Yayıncılık.

Uzman, E. (2002). Sosyal destek düzeyleri farklı üniversite öğrencilerinin bazı değişkenlere göre kimlik statüleri. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Ünlüoğlu, G., Özden, A. , İnce, E (1997). Diyaliz hastalarının bilgilendirilme gereksinimleri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 3-4: 125-130.

Yıldırım, İ. (2004). Algılanan sosyal destek ölçeğinin revizyonu. *Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 17, 221-236.

Yörükoğlu, A. (1985). *Gençlik Çağı*. (Birinci Basım).Ankara: Tisa Matbaası.

Yücel, B., Yılmaz, N., Özkan, S. (1994). Hemodiyaliz hastalarının konsültasyon-liyezon psikiyatrisi kapsamında değerlendirilmesi. *3.Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu*. İstanbul.

<http://www.turkis.org.tr/icerik/08.06.DOC>

EK 1
ANKET FORMU

Değerli hemodiyaliz hastası;

Hastalık durumunda ve özellikle kronik hastalıklarda bireyin psikolojik ve sosyal desteğe duyduğu gereksinim artmakta ve psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarını çözebilmesinde çevresi tarafından sağlanan sosyal destek önem kazanmaktadır.

Bu araştırma hemodiyaliz ünitelerinde tedavi alan hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri, sosyal destek kaynakları ve hastalık sürecinin benlik saygısı üzerine etkisini saptamak amacıyla yapılmaktadır. Soru formunda katılımcının sosyo-ekonomik ve demografik özelliklerine, sosyal destek özelliklerine, hastalık sürecine, psikososyal durumlarına ve benlik saygısına ilişkin sorular yer almaktadır. Katılımcıdan elde edilecek veriler araştırma ekibince değerlendirilecek ve bu veriler gizli tutulacaktır. Sorulara içtenlikle verdiğiniz yanıtlar için teşekkür ederim.

Ercan Mutlu
Sosyal Hizmet Uzmanı
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Adı Soyadı :

Tarih:

İmza:

HEMODİYALİZ HASTALARININ SOSYO-EKONOMİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE
İLİŞKİN BİLGİLER

1.Yaşınız.....

2.Cinsiyetiniz

() Kadın () Erkek

3. Medeni Durumunuz

() Evli () Bekar () Boşanmış () Ayrı yaşıyor

4. Eğitim Durumunuz

()Okuma Yazma Bilmiyor ()Okur Yazar

()İlkokul Mezunu ()Ortaokul Mezunu

()Lise Mezunu ()Lisans Mezunu

5.Mesleğiniz

()İşsiz ()Emekli ()İşçi ()Ev Hanımı ()Memur

()Diğer.....

6.Sosyal Güvenceniz

()Bağkur ()Emekli Sandığı ()Yeşil Kart ()SSK

() Sosyal Güvencem Yok () Özel Sigorta

7.En Uzun Süre Yaşadığınız Yer ?

Köy Kasaba İlçe İl

8.Ailenizin Aylık ortalama geliri ne kadardır ?

.....

9. Oturduğunuz konutun tipi nedir ?

Apartman dairesi Gecekondu Kapıcı dairesi

Diğer.....

10. Oturduğunuz konutun mülkiyeti size mi aittir?

Evet Hayır

11. Aile biçiminiz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır ?

Çekirdek aile Geniş aile Diğer.....

HEMODİYALİZ HASTALARININ SOSYAL DESTEK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER

12.Hemodiyaliz tedavisi süresince karşılaştığınız güçlüklerle ilgili olarak duygu ve düşüncelerinizi ifade etmeniz için sizi cesaretlendiren, sizi anlayan, sizin değerli olduğunuzu, sevildiğinizi size hissettiren kişi ve/veya kişiler var mı?

() Evet ()Hayır

13. Hemodiyaliz tedavisi süresince size hastalığınız hakkında bilgi veren, önerilere bulunan kişi veya kişiler var mı?

() Evet ()Hayır

14.Hemodiyaliz tedavisi süresince ihtiyaçlarınızın karşılanması için size para, eşya, ilaç, yiyecek, giyecek gibi yardımda bulunan kişi veya kişiler var mı?

() Evet ()Hayır

15.Hemodiyaliz tedavisi süresince hastalığınız nedeniyle yerine getirmekte güçlük çektiğiniz sorumlulukları (çocuklarınızın bakımı, yemek yapma, fatura ödeme, alışveriş yapma gibi) üstlenen ve size bu konuda destek sağlayan kişi veya kişiler var mı?

() Evet ()Hayır

16. Hemodiyaliz tedavisi süresince sizi neşelendiren, üzülmemeniz için size destek olan, her şeyin yolunda gideceğini söyleyen ve böylelikle hastalığınızdan uzaklaşmanızı sağlayan kişi veya kişiler var mı?

() Evet ()Hayır

HEMODİYALİZ HASTALARININ HASTALIK SÜRECİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

17. Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi almaktasınız?

.....

18. Haftada kaç gün hemodiyaliz tedavisi almaktasınız?

() Bir () İki () Üç () Diğer.....

19. İlaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır () Bazen aksatıyorum

20. Tedavi ekibince (doktor, hemşire, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, psikolog) yapılan önerilere uyuyor musunuz?

() Evet () Hayır () Bazen uyuyorum

21. Hemodiyaliz seansını sizin için önerilen zamandan önce terk ettiğiniz oluyor mu ?

() Evet () Hayır

(Cevabınız evet ise 23. soruya geçiniz)

22. Hemodiyaliz seansını ne kadar sıklıkla erken terk ediyorsunuz ?

() Her zaman () Bazen () Nadiren

23. İki hemodiyaliz seansı arasında geçen zamanda almanız gereken ideal kilo konusunda sorun yaşıyor musunuz ?

() Evet () Hayır

24. Diyet konusunda sorun yaşıyor musunuz ?

Evet Hayır

(Cevabınız hayır ise 26.soruya geçiniz)

25. Diyet konusunda sorun yaşamanızın sizce sebebi nedir ?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Yeme alışkanlığımı değiştirememem

Ekonomik zorluklar

Şeker hastası olmam

Diğer.....

26. Böbreğin vücudu reddetmesi ile başarısızlıkla sonuçlanan organ nakli geçirdiniz mi?

Evet Hayır

27. Kendinizi hastalığınızla ilgili konularda bilgi sahibi olarak görüyor musunuz?

Evet Hayır

28. Fistülünüzle ilgili sık sık sorun yaşar mısınız?

Evet Hayır

29. Hemodiyaliz seanslarında krampla ilgili şikayetleriniz oluyor mu ?

Evet Hayır

30. Hemodiyaliz seanslarında tansiyonla ilgili sorunlar yaşıyor musunuz?

Evet Hayır

31. Kronik böbrek yetmezliği hastalığı dışında herhangi bir hastalığınız var mı? Varsa belirtiniz

()Evet.....

()Hayır

32. Hemodiyaliz tedavisi olduğunuz sürece herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi? Herhangi bir operasyon geçirdiyse belirtiniz.

()Evet.....

()Hayır

33. Hemodiyaliz seanslarında genellikle vaktinizi nasıl geçiriyorsunuz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

() Uyuyarak

() Diğer hastalarla konuşarak

() Televizyon izleyerek

() Müzik dinleyerek

() Kitap okuyarak

() Dergi okuyarak

Diğer.....

.....

.....

.....

.....

HEMODİYALİZ HASTALARININ PSİKOSOSYAL DURUMLARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

34. Kronik böbrek yetmezliği teşhine ilk tepkiniz ne oldu ?

Korku Evet Hayır

Öfke Evet Hayır

Pişmanlık Evet Hayır

Suçluluk Evet Hayır

Diğer.....

35. Şu an hastalığınızı düşündüğünüzde aşağıdakilerden hangilerini hissediyorsunuz?

Fiziksel görünümümü olumsuz olarak algılıyorum Evet Hayır

Geleceğime ilişkin kaygı duyuyorum Evet Hayır

Kendimi tedavi ekibine ve hastaneye bağımlı hissediyorum Evet Hayır

36. Ölüm ve ölümle ilgili konuları ne sıklıkla düşünüyorsunuz ?

Hiç Ara sıra Çoğu zaman Her zaman

37. Tedavi ekibine karşı aşağıdaki duygulardan hangilerini hissediyorsunuz ?

Tedavi ekibine karşı kızgınlık duygusu içindeyim Evet Hayır

Tedavi ekibine karşı memnuniyetsizlik duyguları içindeyim Evet Hayır

Tedavi ekibince anlaşamadığımı hissediyorum Evet Hayır

Tedavi ekibinin bana tiksiniyecek bir insanmış gibi davrandığını hissediyorum Evet Hayır

Tedavi ekibi bende umutsuzluk hissi uyandırıyor Evet Hayır

- Tedavi ekibi bende yılgınlık duygusu uyandırıyor Evet Hayır
- Tedavi ekibi bana güven veriyor Evet Hayır
- Tedavi ekibi bana huzur veriyor Evet Hayır
- Tedavi ekibinin beni sevdiğini hissediyorum Evet Hayır
- Tedavi ekibi bende ümit duygusu uyandırıyor Evet Hayır
- Tedavi ekibine bağlılık duygusu içindeyim Evet Hayır
- Tedavi ekibinin bana şefkatle yaklaştığını hissediyorum Evet Hayır

38. Hemodiyaliz tedavisi almaya başladıktan sonra iş yaşamınızda ne tür değişiklikler meydana geldi ? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Malulen emekli oldum
- İşsiz kaldım
- Meslek değiştirmek zorunda kaldım
- Çalışma saatimde düşme oldu
- Diğer.....

39. Hastalığınız diğer insanlarla ilişkilerinizi nasıl etkiledi ?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Hastalığım sebebiyle eşim ve/veya çocuklarım tarafından terk edildim.
- Aile üyelerine karşı rol ve sorumluklarımı yerine getiremez hale geldim.
- Yakın arkadaşlarım ve akrabalarım ile ilişkilerim azaldı.
- Yaşadığım çevreyi değiştirmek zorunda kaldım.
- Diğer insanlara (eş, çocuk, arkadaş, akraba vs.) karşı beklentilerim çoğaldı.
- Yalnız yaşamak zorunda kaldım.
- Diğer.....

40. İleriye dönük plan ve beklentileriniz var mı? Varsa neler olduğunu belirtiniz

.....

.....

.....

41. Aşağıdaki ifadelere sizin için en uygun olan cevabı veriniz?

Kendimi yorgun hissediyorum

Evet Hayır

Kendimi halsiz hissediyorum

Evet Hayır

Kendimi zihinsel çökkünlük içinde hissediyorum

Evet Hayır

Kendimi iyi ve neşeli hissediyorum.

Evet Hayır

Kendimi bağımlı biri olarak görüyorum.

Evet Hayır

Kendimi yaşamı kısıtlanmış biri olarak görüyorum

Evet Hayır

Kendimi hastalığını kabullenmiş biri olarak görüyorum.

Evet Hayır

Kendimi ileriye dönük plan ve beklentileri olan biri olarak görüyorum.

Evet Hayır

Hemodiyaliz tedavisi alarak hastalığımın iyileşebileceğini düşünüyorum.

Evet Hayır

Kendimi yaşam boyu süren hastalığa sahip biri olarak görüyorum.

Evet Hayır

EK 2**COOPERSMITH BENLİK SAYGISI ENVANTERİ**

Değerli hemodiyaliz hastası,

Aşağıda duyguları ifade eden birtakım cümleler bulunmaktadır. Bu cümlelerden size uygun olanları "evet", uygun olmayanları ise "hayır" biçiminde cevaplandırınız.

Evet () Hayır () Sık sık " Keşke başka birisi olsam " diye düşünürüm.

Evet () Hayır () Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir.

Evet () Hayır () Eğer elimde olsaydı kendimdeki birçok şeyi değiştirmek isterdim.

Evet () Hayır () Karar vermede fazla zorluk çekmem.

Evet () Hayır () İnsanlar benimle olmaktan hoşlanır.

Evet () Hayır () Evde kolayca moralim bozulur.

Evet () Hayır () Yeni şeylere kolay alışamam.

Evet () Hayır () Yaşıtlarım arasında sevilen bir kişiyim.

Evet () Hayır () Genellikle ailem benden çok şey bekler.

Evet () Hayır () Ailem genellikle duygularıma önem verir.

Evet () Hayır () Başkalarının söylediğini kolaylıkla kabul ederim.

Evet () Hayır () Benim yerimde olmak oldukça zordur.

Evet () Hayır () Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum.

- Evet () Hayır () Genellikle başkaları düşüncelerimi kabul ederler.
- Evet () Hayır () Kendimi yetersiz buluyorum.
- Evet () Hayır () Sık sık evden uzaklarda olmayı düşünüyorum.
- Evet () Hayır () Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam.
- Evet () Hayır () Başkaları kadar güzel\yakışıklı değilim.
- Evet () Hayır () Söylenecek bir sözüm varsa onu söylemekten çekinmem.
- Evet () Hayır () Ailem benim duygularımı anlar.
- Evet () Hayır () Çok sevilen bir kimse değilim.
- Evet () Hayır () Genellikle ailemin beni dışladığını sanıyorum.
- Evet () Hayır () Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar.
- Evet () Hayır () Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum.
- Evet () Hayır () Çevremde olup bitenlerden rahatsız olmam.

EK 3

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B100THG100002/2602
Konu : Tez Uygulaması

0175

06 OCAK 2006

BAKANLIK MAKAMINA

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu yüksek lisans öğrencilerinden Ercan MUTLU'nun "Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi" konulu tezinin uygulamasını anket yoluyla 15.01.2006 – 15.06.2006 tarihleri arasında Bakanlığımıza bağlı Ankara ilinde hemodiyaliz ünitesi bulunan hastanelerde yapabilmesi için izin talep edilmektedir.

Adıgeçen yüksek lisans öğrencisinin sözkonusu tezinin uygulamasını ekli listede belirtilen hastanelerde yapması ve yapılan çalışma sonucunun bir suretinin Bakanlığımıza gönderilmesi kaydıyla Genel Müdürlüğümüzce uygun mütalaa edilmektedir.

Tensiplerinize arz ederim.

Doc. Dr. Osman GÜLER
Genel Müdür V.

OLUR

...../...../2005
Dr. İsmail DEMİRTAŞ

Uzm. Dr. İsmail DEMİRTAŞ
Bakan a.
Müsteşar Yardımcısı V.

Eki: 1 Anket Formu
1 Liste

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Ercan Mutlu
Doğum Yeri : Eskişehir, 24.11.1977

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler
Yüksekokulu
Yüksek Lisans Öğrenimi : Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
Bildiği Yabancı Diller : İngilizce
Bilimsel Faaliyetleri : 2005 Duyan, V., Mutlu E., "Sokak Çocuklarında
Madde Bağımlılığı", Sokakta Yaşayan ve
Sokakta Çalıştırılan Çocuklar İzmir IV.
Sempozyumu, İzmir.

İş Deneyimi

Stajlar : 1997-1998 Ankara Büyük Şehir Belediyesi
Ankara Sokaklarında Çalışan Çocuklar Merkezi
: 1998-1999 Niğde Ulukışla Kaymakamlığı
Projeler : 1998 Gaziantep Sokak Çocukları Projesi,
Gaziantep Büyükşehir Belediyesi
Çalıştığı Kurumlar : 2001-2003 Sağlık Bakanlığı Bafra Devlet
Hastanesi
: 2003-2007 Sağlık Bakanlığı Ankara Numune
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İletişim

E-Posta Adresi : shuercan@hotmail.com
Tarih : 22.01.2007