



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır

Hakemli Dergi  
**TSHD**  
Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually  
<https://edergi.saglik.gov.tr/>  
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>  
Yıl/Year: 2023  
Sayı/Issue: Aralık/December

## DIYALİZ HASTALARININ AİLE İŞLEVSELLİĞİ ÜZERİNE NİCEL BİR ARAŞTIRMA\*

Elvan YAVUZ<sup>1</sup>  
Esra ÇALIK VAR<sup>2</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma  
Geliş Tarihi / Date Received : 28.03.2023  
Revizyon Tarihi/Date Revised: 25.09.2023  
Kabul Tarihi / Date Accepted: 06.12.2023  
Yayın Tarihi / Date Published: 30.12.2023  
DOI: 10.46218/tshd.1272668

**Makale Künyesi/To cite this article:** Yavuz, E. ve ÇALIK VAR, E. (2023). Diyaliz hastalarının aile işlevselliği üzerine nicel bir araştırma. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 22, 1-20. Doi: 10.46218/tshd.1272668

### Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Elvan YAVUZ, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi,  
E-Mail: [elvanjavuz8@gmail.com](mailto:elvanjavuz8@gmail.com)  
ORCID: 0000-0002-9004-4060

### Öz

Bu araştırmanın amacı kronik böbrek yetmezliğine sahip olup, diyalize girmek zorunda olan, hastalığından dolayı zamanının belli bir kısmını diyalizde geçiren diyaliz hastalarının aile işlevselliklerinin bazı değişkenlere göre incelenmesidir. Araştırmanın çalışma grubunu Ankara'da bulunan iki özel diyaliz merkezi ve bir üniversite hastanesinin diyaliz bölümünde tedavi olan 200 hasta oluşturmaktadır. Araştırmada kişisel bilgi formu ve aile değerlendirme ölçeği (ADÖ) veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Araştırma verilerine göre, katılımcıların çoğu erkektir, 46-60 yaş aralığındadır, lise mezunudur, 1-5 yıldır kronik böbrek yetmezliğine sahiptir, hastalığından dolayı herhangi bir sosyal hizmet kurumundan yararlanmayanların oranı fazladır. Araştırmanın sonucuna göre, hastaların; medeni durum, çocuk sayısı, ekonomik durumu, çalışma durumları, eğitim durumu, aile üyelerinde kronik hastalık bulunma durumu ile ilgili değişkenler aile işlevselliğini farklılaştırmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile, aile işlevi, diyaliz, kronik böbrek yetmezliği, tıbbi sosyal hizmet.

## A QUALITATIVE STUDY ON FAMILY FUNCTIONING OF DIALYSIS PATIENTS

### Abstract

The aim of this study is to examine the family functioning of dialysis patients who have chronic renal failure, have to undergo dialysis, and spend a certain part of their time in dialysis due to their illness, according to some variables. The study group of the research consisted of 200 patients who were treated in the dialysis department of two private dialysis centres and a university hospital in Ankara. Personal information form and family assessment scale (FAS) were used as data collection tools. According to the research data, most of the participants were male, between the ages of 46-60, high school graduates, had chronic renal failure for 1-5 years, and did not benefit from any social service institution due to their illness. According to the results of the study, variables related to marital status, number of children, economic status, employment status, educational status, presence of chronic diseases in family members differentiate family functionality.

**Keywords:** Chronic kidney failure, dialysis, family function, family, medical social work.

\*Bu çalışma "Diyaliz Hastalarının Aile İşlevselliğinin İncelenmesi" isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

<sup>1</sup> Dr., ORCID:0000-0002-9004-4060

<sup>2</sup> Prof. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID:0000-0002-6025-0576

## 1.Giriş

Teknolojinin, bilimin, tıbbın gelişmesiyle birlikte aileye birçok anlam yüklenmektedir. Aile üyelerinin, aile içinde pek çok görevi ve sorumluluğu vardır ve aile üyelerinden çoğu zaman bu görev ve sorumlulukları yerine getirmesi beklenir. İşlevlerden bir ya da birkaçı yerine getirilmiyorsa ya da getirilemiyorsa o ailede sorun yaşanma ihtimali gündeme gelebilir. Aile, kimi zaman hassas ve kırılabilir bir yapıya sahiptir. Dolayısıyla aile üyeleri meydana gelen beklenmedik durumlardan etkilenebilir. Yaşanan krizler neticesinde, sağlıklı işlevler yerini sağlıksız işlevlere bırakabilir. Aile üyelerinden herhangi birinde ortaya çıkan bir hastalık ailedeki diğer üyelerin de yaşam şeklini, görevlerini ve sorumluluklarını değiştirebilir. Özellikle kronik hastalıklar, hasta bireye ve ailesine maddi ve manevi anlamda ağır sorumluluklar getirmektedir. Kronik böbrek yetmezliği de kronik hastalıklardan biri olmakla birlikte; bunun sonucunda hasta ya diyalize bağlanır ya da transplantasyon işlemi gerçekleştirilir. Diyaliz tedavisi zorlu bir süreçtir. Bu süreç içerisinde hasta ve ailesi yeni sorunlarla karşılaşmakta ve aile dinamiği değişebilmektedir. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar, sosyal çevresi bağlamında en önemli desteği ailesinden alabilir. Ailede, kronik böbrek hastalığı bulunması ve bunun sonucunda diyalize giren bireyin aile yapısı önemli ölçüde etkilenebilir. Aile yapısındaki dengeler bozulmakta, bozulan bu dengelerin yerine yeni dengeler oluşmaktadır. Hastalığın seyriindeki her değişim ailedeki uyum sürecinin değişmesine yeni uyum dengesinin kurulmasına neden olabilir. Bu bilgiler ışığında, araştırmanın amacı diyaliz hastalarının aile işlevselliğinin incelenmesidir. Araştırmanın alt amaçları ise;

- Diyaliz hastalarının aile işlevleri cinsiyete, yaşa, medeni duruma, eğitim durumuna, aylık gelir durumuna göre farklılık göstermekte midir?
- Kronik böbrek hastalığına sahip olma süresi ile aile işlevleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- Böbrek hastalığının dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu ile aile işlevleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- Diyaliz hastalarının aynı evi paylaştığı aile üyelerinde kronik hastalık bulunma durumu ile aile işlevleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
- Diyaliz hastalarının sosyal hizmet müdahalesine ulaşma düzeyleri nedir?

### 1.1.Aileye İlişkin Bilgiler

Geçmişten günümüze kadar sürekli gelişim ve değişim içinde olan aile kavramı evrenselliği olmasına rağmen her toplumdaki tanımı farklıdır. Türkiye’de, Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu tarafından yapılan tanıma göre, “Aile; kan bağılılığı, evlilik ve diğer yasal yollardan, aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerden oluşan; bireylerin cinsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılandığı, topluma uyum ve katılımların sağlandığı ve düzenlendiği temel bir birimdir” (Bulut, 1990).

Aile sisteminin çeşitli unsurlardan oluşan bir yapısı ve her unsurun da birbirinden farklı rolleri bulunmaktadır. Roller, unsurların birbirine bağlanmasına yardımcı olur. Bir bütün olan sistemin içinde çeşitli alt fonksiyonlar yer almaktadır (Frude, 1991). Aile doğal bir sistemdir ve bununla birlikte birçok fonksiyona sahiptir. Aile sisteminin her bir parçası diğer parçasını etkilemektedir. Araştırmacılara göre, aile işlevleri birbirlerinden farklı olarak ele alınmıştır. Turner'a göre aile, evlenme, çocuk sahibi olma, çocukları bakıp büyütme ve sosyalleştirme amacıyla ortaya çıkmış bir gruptur (Turner, 1965). Ogburn (1963), ailenin işlevlerini, bütüncül bir bakış açısıyla incelemiştir. Ogburn'a göre ailenin belli başlı işlevleri vardır. Bu temel işlevler; soyun devamlılığını sağlamak, ekonomik ihtiyaçları karşılamak, statü sağlamak, dini inanç ve bilgileri aktarmak, boş zamanı verimli değerlendirmek, aile üyelerinin birbirlerini koruyup gözetmesi, karşılıklı olarak sevgi ortamı oluşturması ve cinsel doyumu yerine getirmek amacıyla yasal bir ortam oluşturmak gibi işlevlerdir (Ogburn, 1993).

### **1.2.Kronik Böbrek Yetmezliği, Diyaliz ve Psikososyal Sorunlar**

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanan kronik hastalık kavramı, kalıcı etkiye sahip ve gittikçe çoğalan hasara ve bunun yanı sıra geriye dönüşü olmayan farklılıklara sebep olan; uzun süreçte koruma, gözetim, iyileştirme ve bakım gereksinimi olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalık kavramı, uzun bir süreye yayılan, minimum 3 ay olmakla birlikte çoğunlukla da ömür boyu sürmektedir. Ayrıca kesin ve tam anlamıyla tedavi olmayan ya da tedavisi güç olan hastalıkları tanımlamak için kronik hastalık kavramını kullanabiliriz (Gökler, 2008).

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) nedenlerini; hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM), glomerulonefrit (GN) ve diğer sebepler (piyelonefrit, polikistik böbrek hastalığı, enfeksiyonlar, taş) olarak sıralayabiliriz (Öztürk, 2014). Kronik böbrek yetmezliği, tedavisi zor olan ve aynı zamanda bireyi ve ailesini olumsuz etkileyen bir rahatsızlıktır. Bu hastalıktan dolayı, kişinin yaşam kalitesi azalır. Kronik böbrek yetmezliği, hastaların morbiditesini, mortalitesini ve bununla birlikte sağlık giderlerini artıran önemli bir sorundur. Bu tanıyı alan hastalarda belirti ve bulguların şiddetinden dolayı, memnuniyetsizlik yaşanmakta olup; ayrıca diyet kısıtlamaları, uyku bozuklukları ve cinsel sorunlar söz konusudur (Erbay ve ark. 2016).

Diyalize giren hastalarda bazı sebeplerden dolayı (hastalığın evresi, süresi, tedavi biçimi gibi) komplikasyonlar meydana gelebilmektedir. Bu komplikasyonlar davranış problemleri, kaygı, depresyon, uyumda zorluk, organik beyin sendromları ve cinsel sorunlar olarak sıralanmaktadır (Özkan, 1993). Karabulutlu ile Okanlı'nın yaptığı bir çalışmada, hemodiyaliz hastalarının yoğun güç kaybına uğradıkları ve yorgunluk belirtileri yaşadıkları ve bundan dolayı da bu durumu hastalığa bağladıkları vurgulanmıştır (Yılmaz Karabulutlu ve Okanlı, 2011). Kronik böbrek yetmezliği olan bireylerin çoğu sosyal hayatlarından kopmaktadır. Yapılan bir tanımda, sosyal destek bireyin çevresindeki kişilerin yaptığı yardımlar olarak ifade edilmiştir (Işıkhani, 2005). Bu bağlamda, yeterli sosyal desteği olan bireylerin hastalıkları ile mücadele edebilme güçleri artabilir. Kişinin sosyal destek mekanizmaları yaşama yeniden tutunmak adına önem arz

etmektedir. Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış bireylerin, öz bakımında ve sosyal destek bağlamında aile üyeleri önemli bir yere sahiptir. Kronik böbrek yetmezliğine sahip olan bireylerin desteğinin diğer bir boyutunu ise bireyin çevresi oluşturmaktadır (arkadaş, akraba, komşu gibi). Hasta olan bireyin sosyal destek mekanizmaları güçlü olursa, birey hastalığıyla daha kolay baş edebilir. Dolayısıyla birey, damgalanma ve dışlanmışlık halinden uzaklaşarak, kendisini daha güçlü hissedebilir. Kronik böbrek yetmezliğine sahip olan bireylerin desteğinin diğer bir boyutu ise devlet kurumları oluşturmaktadır. Tedavi oldukları yerde görev yapan çalışanların tutum ve davranışlarıyla birlikte, devletin de sağladığı destekleyici politikalar önemli rol oynamaktadır (Sarı, 2015). Kronik hastalık, hastalığa sahip olan bireyle birlikte ailesini de etkilemektedir. Hastalık tanısı konulduktan sonra, her bireyin ve ailesinin hastalığa karşı tutumları farklıdır. Kronik hastalığı olan birey ve ailesi bu süreçte geleceğe dair kaygı duymakla birlikte tedavinin de hastalığın seyrini olumlu olarak etkilemeyeceği düşüncesine kapılırlar. Hasta birey kendini idame ettirememekten ve bunun sonucunda da aile üyelerine muhtaç olmaktan korkar. Hastada ve ailede çaresizlik, umutsuzluk, suçluluk duygusu ve kaygıyla birlikte seyreden depresyon söz konusu olabilmektedir. Hastalık süreciyle birlikte kişiye verilen bakımda sistemli hale getirilir. Bundan dolayı aile hem bakım sürecinde hem de hastalığın getirmiş olduğu ruhsal sorunlarla mücadelede sıkıntı yaşayabilir. Hastalık sürecinde ailede görev ve sorumluluklar değişmekle birlikte aile üyelerine yeni görev ve sorumluluklar yüklenir (Pak, 2017).

### **1.3.Nefrolojik Alanda Sosyal Hizmet Uygulamaları**

Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW) ile Amerikan Ulusal Böbrek Vakfı (NKF) nezdindeki Nefrolojik Sosyal Hizmet Uzmanları Kurulu (CNSW) 2003 yılında nefrolojik sosyal hizmet uzmanlarının yararlanması adına bir kılavuz hazırlamıştır. Bu kılavuza göre, nefrolojik sosyal hizmet; çok yönlü ihtiyaçların belirlenmesi, kaynakların temini, takım planı, savunuculuk, yönlendirme, eğitim gibi rolleri kapsamaktadır. Aile ya da bakım veren kişiler istedikleri klinik müdahale ya da danışmanlığa diledikleri takdirde ulaşabilmelidir. Nefrolojik sosyal hizmet uygulamaları, kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hastalarla birlikte ailelerinin de psikolojik ve sosyal yönden işlevselliğini maksimum düzeye çıkarmalıdır. Tüm bu uygulamalar neticesinde nefrolojik sosyal hizmet uzmanları kurulu, kronik böbrek yetmezliğinin yarattığı durumlardan kaynaklanan sosyal ve duygusal bağlamdaki stresleri iyileştirmeyi hedeflemektedir. Örneğin; ömrün kısalması korkusu, sosyal ve ekonomik anlamda yaşanan sıkıntılar, kişinin hastalığından dolayı mesleğini icra edememesi, cinsel yaşamında meydana gelen değişiklikler ve bunlara ilaveten tedavinin zorlu bir süreç olmasının yanı sıra uzun zamana yayılması da hastaların duygusal anlamda etkilenmesine yol açmaktadır (CNSW, 2003). Literatüre incelediğimizde nefrolojik sosyal hizmet uzmanının rol ve işlevlerini şu şekilde özetlemek mümkündür: Hastaların, kronik böbrek yetmezliği ve tedavi biçimleriyle baş etmelerinde çeşitli engellere (sosyal, ekonomik, psikolojik engeller gibi) yönelik ilk değerlendirmeleri yapmak ve süreç içinde de değerlendirmelere devam etmek, hastalara ve hastanın yakınlarına duygusal anlamda destek vererek onları cesaretlendirmek, kişinin hastalığına uyumu ve kronik

böbrek yetmezliği ile baş etmeleri konusunda destek olmak, destek gruplarını da dahil ederek grup çalışmasına olanak tanımak, hastanın kendi kaderini kendisinin tayin etmesi konusunda yardımcı olmak, Hastayı en üst düzeyde iyileştirme haline getirmede destek olmak, Kronik böbrek yetmezliği hastalarının psikolojik ve sosyal sorunları konusunda yaşanan çatışmalarda arabuluculuk görevini üstlenmek, Hasta olan kişinin savunuculuğunu yapmak şeklinde özetleyebiliriz (McKinley ve Callahan, 1998; Merighi ve Ehlebracht, 2004).

## 2.Yöntem

Bu araştırma, nicel araştırma yöntemi tarama modelidir. Araştırma verileri SPSS paket programı yardımıyla, betimsel istatistikler tanımlandıktan sonra, bağımsız ölçümlerde kullanılan ve gruplar arası karşılaştırma yapma olanağı sunan bağımsız örneklem için T testi, One-Way Anova teknikleri kullanılarak analiz edilmiştir. Anova testinde farklılık olması durumunda çoklu karşılaştırma için Tukey test tekniği kullanılmıştır (Tukey test tekniği Tablo.5 ve Tablo.6'da gösterilmiştir).

### 2.1.Araştırmaya İlişkin Etik Bilgiler

Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi etik kurul toplantı tarihi ve karar numarasıyla (31.03.2017/04) araştırma izni alınmıştır. Ayrıca görüşmeler öncesinde, araştırmanın yapılabilmesi için, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Özel Ankara Eylül Diyaliz Merkezi ve Özel Ankara Umut Diyaliz Merkezinden yazılı izinler alınmıştır. Katılımcılara, çalışmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilerek gönüllük esası doğrultusunda görüşmeler yapılmıştır.

### 2.2.Araştırmanın Evreni ve Çalışma Grubu

Araştırma evrenini, Ankara ilinde iki özel diyaliz merkezi ve bir üniversite hastanesinin diyaliz üniteleri oluşturmaktadır. Türkiye'de 2017 yılında son dönem böbrek yetmezliği hasta sayısının 60.000 dolaylarında olduğu bildirilmektedir.<sup>3\*</sup> Bu bağlamda araştırmanın çalışma grubunu, seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden olan amaçsal örnekleme ile belirlenmiş 200 diyaliz hastası oluşturmaktadır. Örneklem sayısının belirlenmesinde  $n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$  formülü kullanılmıştır. Amaçsal örnekleme yöntemi çalışmanın amacına bağlı olarak bilgi açısından zengin durumların seçilip derinlemesine araştırma yapılmasına olanak sağlamaktadır (Büyüköztürk ve ark. 2016).

### 2.3.Verilerin Toplanması

Araştırma, Ankara'da bulunan iki özel diyaliz merkezi ve Hacettepe Üniversitesi Hastanesi diyaliz ünitesinde 2017 Nisan ve Ağustos ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Özel Ankara Eylül Diyaliz Merkezinden 100 hasta, Özel Ankara Umut Diyaliz Merkezinden 70 hasta, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Diyaliz Ünitesinden 30 hasta araştırmaya katılmıştır. Katılımcılarla sözlü görüşmeler yapılarak veriler toplanmıştır.

\*<https://www.gensaglik.com/post/15-soruda-kronik-bobrek-yetmezligi-ve-diyaliz-ile-ilgili-ipuclari/> web sayfasından ulaşılabilir.

## 2.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak diyaliz hastası olan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesine yönelik 13 sorudan oluşan “kişisel bilgi formu” ve diyaliz hastası olan bireylerin aile işlevlerinin incelenmesi için “Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)” kullanılmıştır. Kişisel bilgi formunda ekonomik durum (haneye giren aylık gelir) sorusunda 1300 TL asgari ücretin baz alınması, kişisel bilgi formunun hazırlandığı yılı göstermektedir. 01.01.2016-31.12.2016 döneminde asgari ücret 1.300.99 TL olarak belirlenmiştir. Aile değerlendirme ölçeği, Amerika Birleşik Devletleri’nde bulunan Brown Üniversitesi ve Buttler Hastanesi işbirliği ile geliştirilmiştir. Bu ölçek, ailenin fonksiyonlarının hangi konularda yerine getirilip getirilmediğini konu alan bir ölçme aracıdır. 60 sorudan oluşan ölçeğin 7 alt boyutu bulunmaktadır. Soruların bazıları sağlıklı işlevleri tanımlarken, bazıları ise sağlıklı işlevleri tanımlamaktadır. Ölçeğin alt boyutları; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve son olarak da genel fonksiyonlardan oluşmaktadır. 4’lü likert tipinden oluşan ölçek; aynen katılıyorum seçeneği 1 puan, büyük ölçüde katılıyorum seçeneği 2 puan, biraz katılıyorum seçeneği 3 puan, hiç katılmıyorum seçeneği 4 puan olarak belirlenmiştir. Sorulardan bazıları ters olarak puanlanmalıdır (4,3,2,1 şeklinde). Ölçeğin değerlendirilmesinde, sağlıklı ifadeleri gösteren sorulara verilen puanlar 5’ten çıkarılır ve böylece 1 puan sağlıklı, 4 puan ise sağlıklı cevap göstermektedir. Aile değerlendirme ölçeğinin değerlendirilmesi, işlemler tamamlandıktan sonra her birey için bir boyuttan alınan toplam puanın, o boyuttaki soru sayısına bölünerek, ortalama puanın elde edilmesiyle olmaktadır. 1983 yılında Epstein ve Bishop tarafından ölçeğin geçerlilik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise, Bulut tarafından 1990 yılında ortaya konmuştur. Tablo 1’de ölçeğin güvenilirliği, iç tutarlık ve puan değişmezliği bakımından incelenmiş olup, iç tutarlık ile ilgili analiz 67 deneğin Aile Değerlendirme Ölçeğine verdikleri yanıtlar üzerinden her bir grup için Cronbach alpha kat sayıları hesaplanmıştır (Epstein ve ark. 1983; Bulut, 1993).

**Tablo 1. Aile Değerlendirme Ölçeğinin İç Tutarlılığına İlişkin Cronbach Alpha Katsayıları ve Puan Değişmezliğine İlişkin Test-Tekrar Test Korelasyonları**

Alt Ölçekler	Cronbach alpha (n=67)	Test- Tekrar Test (n=51)
Problem Çözme	0.80**	0.90**
İletişim	0.71**	0.84**
Roller	0.42**	0.82**
Duygusal Tepki Verebilme	0.59**	0.78**
Gereken İlgiyi Gösterme	0.38*	0.62**
Davranış Kontrolü	0.52**	0.80**
Genel İşlevler	0.86**	0.89**

## 2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Ankara’da bulunan iki özel diyaliz merkezi ve bir üniversite hastanesinin diyaliz ünitelerinde gerçekleştirilmiştir. Ankara İlinde bulunan üç diyaliz merkezi ile sınırlandırılmasının sebebi; daha farklı diyaliz

merkezlerine ulaşılması noktasında izinle ilgili sıkıntılarının yaşanmasıdır. Bununla birlikte araştırma, kişisel bilgi formunda bulunan yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik durum gibi sorularla sınırlandırılmıştır.

### 3. Bulgular

Bu kısımda araştırmanın bulgularına yer verilmiştir.

**Tablo 2. Diyaliz Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Bulguları (n=200)**

		n	%
Cinsiyet	Kadın	94	47,0
	Erkek	106	53,0
Yaş	45 yaş ve altı	52	26,1
	46-60 yaş	89	44,7
	61 yaş ve üstü	58	29,1
Medeni Durum	Evli	147	73,5
	Bekar	53	26,5
Çocuk Sayısı	Çocuğum yok	6	3,5
	1,0	14	8,2
	2,0	59	34,5
	3,0	38	22,2
	4,0	33	19,3
	5,0	11	6,4
	6,0	5	2,9
	7,0	3	1,8
	8,0	2	1,2
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	15	7,5
	İlkokul	61	30,5
	Ortaokul	41	20,5
	Lise	66	33,0
	Üniversite	17	8,5
İkamet edilen il	Ankara	189	95,9
	Ankara dışı	8	4,1
İş Bilgileri	Çalışıyor	26	13,3
	Çalışmıyor	103	52,6
	Emekli	67	34,2
Ekonomik Durum	1300 TL altı	59	29,5
	1300-2000 TL	98	49,0
	2001-3000 TL	33	16,5
	3000 TL üzeri	10	5,0
Hastalık Süresi	1-5 yıl	78	39,0
	5-10 yıl	72	36,0
	10 yıl ve üzeri	50	25,0
Böbrek hastalığının dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip misiniz?	Evet	70	35,0
	Hayır	130	65,0
Hastalığınızdan dolayı herhangi bir sosyal hizmet kurumundan yararlandınız mı?	Hastanelerin sosyal hizmet birimleri (Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog gibi)	18	9,0
	Sosyal Hizmet İl Müdürlükleri	21	10,6
	Diğer	43	21,6
	Hiç yararlanmadım	117	58,8
Aynı evi paylaştığınız aile üyelerinde kronik hastalık var mı?	Evet	26	13,0
	Hayır	174	87,0

Tablo 2'ye göre, katılımcıların; %53,0'u (n=106) erkek; %44,7'si (n=89) 46-60 yaş arası; evli olanların oranı %73,5 (n=147); 2 çocuk sahibi olanlar %34,5 (n=59); %33,0'ü (n=66) lise mezunu; çalışmayanların oranı

%52,6 (n=103); geliri 1300-2000 TL aralığında olanların oranı %49,0 (n=98)'dir. Katılımcılardan, 1-5 yıldır kronik böbrek hastalığına sahip olanların oranı %39,0 (n=78); böbrek hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olmayanların oranı %65 (n=130); hastalığından dolayı herhangi bir sosyal hizmet kurumundan hiç yararlanmayanların oranı %58,8 (n=117); aynı evi paylaştığı aile üyelerinde kronik hastalık bulunmayanların oranı ise %87,0 (n=174)'tür. Buna ek olarak tabloda yer alan yaş kategorileri homojen bir dağılım göstermesi amacıyla gruplandırılmıştır.

**Tablo 3. Puanların Betimsel İstatistikleri**

	n	Min	Max	Ort	ss
Problem Çözme	200	1,00	2,50	1,44	0,36
İletişim	200	1,00	2,89	1,45	0,32
Roller	200	1,36	3,09	2,01	0,29
Duygusal Tepki Verebilme	200	1,00	2,83	1,57	0,43
Gereken İlgiyi Gösterme	200	1,57	2,86	2,12	0,27
Davranış Kontrolü	200	1,33	3,11	1,91	0,36
Genel İşlevler	200	1,00	3,08	1,47	0,34

Tablo 3'e göre, katılımcıların Problem Çözme puanları ortalaması  $1,44 \pm 0,36$ ; İletişim puanları ortalaması  $1,45 \pm 0,32$ ; Roller puanları ortalaması  $2,01 \pm 0,29$ ; Duygusal Tepki Verebilme puanları ortalaması  $1,57 \pm 0,43$ ; Gereken İlgiyi Gösterme puanları ortalaması  $2,12 \pm 0,27$ ; Davranış Kontrolü puanları ortalaması  $1,91 \pm 0,36$ ; Genel İşlevler puanları ortalaması  $1,47 \pm 0,34$ 'tür. Araştırma sonucunda, alt boyutlardan roller ve gereken ilgiyi gösterme puanları yüksek bulunmuş olup; aile işlevlerinde sorun olduğunu göstermektedir.

**Tablo 4. Puanların Medeni Durum Açısından İncelenmesi (T Testi)**

Medeni Durum	n	Ort	ss	t	P	
Problem Çözme	Evli	147	1,45	0,37	,252	,801
	Bekar	53	1,43	0,35		
İletişim	Evli	147	1,44	0,32	-,811	,419
	Bekar	53	1,48	0,34		
Roller	Evli	147	1,99	0,29	-2,144	,033
	Bekar	53	2,08	0,27		
Duygusal Tepki Verebilme	Evli	147	1,53	0,40	-2,025	,044
	Bekar	53	1,67	0,51		
Gereken İlgiyi Gösterme	Evli	147	2,11	0,26	-,929	,354
	Bekar	53	2,15	0,30		
Davranış Kontrolü	Evli	147	1,88	0,34	-1,786	,076
	Bekar	53	1,98	0,40		
Genel İşlevler	Evli	147	1,46	0,31	-,762	,447
	Bekar	53	1,50	0,39		

Tablo 4'e göre, katılımcılardan evli ile bekar olanlar arasında Duygusal Tepki Verebilme puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır [ $t(198)=-2,025$ ;  $p<0,05$ ]. Bekar olanların, evlilere göre Duygusal Tepki Verebilme puanı ortalamaları daha yüksektir. Roller ve duygusal tepki verebilme alt boyutlarının evlilere göre yüksek çıkması aile işlevlerinde olumsuzluğa işaret etmektedir.



**Tablo 5. Puanların Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi (ANOVA)**

Eğitim Durumu	n	Ort	ss	F	P	İkili fark	
Problem Çözme	Okuryazar	15	1,78	0,39	4,594	,001	1-2
	Değil						
	İlkokul	61	1,48	0,38			1-3
	Ortaokul	41	1,38	0,32			
	Lise	66	1,40	0,34			
Üniversite	17	1,31	0,33	1-5			
İletişim	Okuryazar	15	1,56	0,44	0,912	,458	
	Değil						
	İlkokul	61	1,47	0,33			
	Ortaokul	41	1,46	0,28			
	Lise	66	1,43	0,30			
Üniversite	17	1,36	0,40				
Roller	Okuryazar	15	2,09	0,28	3,588	,008	1-5
	Değil						
	İlkokul	61	2,06	0,26			2-5
	Ortaokul	41	2,01	0,29			
	Lise	66	2,01	0,29			
Üniversite	17	1,79	0,21	4-5			
Duygusal Tepki Verebilme	Okuryazar	15	1,70	0,58	1,468	,213	
	Değil						
	İlkokul	61	1,63	0,41			
	Ortaokul	41	1,56	0,42			
	Lise	66	1,54	0,41			
Üniversite	17	1,39	0,43				
Gereken İlgii Gösterme	Okuryazar	15	2,11	0,24	0,389	,816	
	Değil						
	İlkokul	61	2,13	0,30			
	Ortaokul	41	2,09	0,24			
	Lise	66	2,14	0,26			
Üniversite	17	2,08	0,30				
Davranış Kontrolü	Okuryazar	15	2,17	0,44	4,935	,001	1-4
	Değil						
	İlkokul	61	1,98	0,32			2-5
	Ortaokul	41	1,89	0,39			
	Lise	66	1,84	0,34			
Üniversite	17	1,70	0,27				
Genel İşlevler	Okuryazar	15	1,60	0,46	2,371	,054	
	Değil						
	İlkokul	61	1,50	0,33			
	Ortaokul	41	1,48	0,36			
	Lise	66	1,46	0,29			
Üniversite	17	1,26	0,25				

Tablo 5'e göre, eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Problem Çözme puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Okuryazar olmayanların Problem Çözme puanı ortalamaları en yüksek iken, üniversite mezunu olanlarda en düşüktür. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre okuryazar olmayanların Problem Çözme puanı ortalamaları ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olanların ortalamalarına göre daha yüksektir [ $F(4,195)=4,594$ ;  $p < 0,05$ ]. Eğitim durumu farklı olan gruplar arasında Roller puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Okuryazar olmayanların Roller puanı ortalamaları en yüksek iken, üniversite mezunu olanlarda en

düşüktür. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre üniversite mezunu olanların Roller puanı ortalamaları okuma yazma bilmeyen, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanların ortalamalarına göre daha düşüktür [ $F(4,195)=3,588$ ;  $p<0,05$ ].

**Tablo 6. Puanların Haneye Giren Aylık Gelir (Ekonomik Durum) Açısından İncelenmesi (ANOVA)**

Haneye giren aylık gelir	n	Ort	ss	F	P	İkili Fark
Problem Çözme	1300 TL altı	59	1,50	0,40	1,141	,334
	1300-2000 TL	98	1,43	0,34		
	2001-3000 TL	33	1,40	0,35		
	3000 TL üzeri	10	1,30	0,38		
İletişim	1300 TL altı	59	1,45	0,28	1,241	,296
	1300-2000 TL	98	1,46	0,34		
	2001-3000 TL	33	1,50	0,36		
	3000 TL üzeri	10	1,28	0,23		
Roller	1300 TL altı	59	1,98	0,26	3,729	,012
	1300-2000 TL	98	2,04	0,28		
	2001-3000 TL	33	2,07	0,32		
	3000 TL üzeri	10	1,76	0,23		
Duygusal Tepki Verebilme	1300 TL altı	59	1,53	0,40	2,188	,091
	1300-2000 TL	98	1,60	0,47		
	2001-3000 TL	33	1,65	0,40		
	3000 TL üzeri	10	1,28	0,21		
Gereken İlgiyi Gösterme	1300 TL altı	59	2,15	0,25	2,052	,108
	1300-2000 TL	98	2,11	0,28		
	2001-3000 TL	33	2,17	0,28		
	3000 TL üzeri	10	1,94	0,17		
Davranış Kontrolü	1300 TL altı	59	1,96	0,33	2,994	,032
	1300-2000 TL	98	1,90	0,39		
	2001-3000 TL	33	1,90	0,33		
	3000 TL üzeri	10	1,60	0,19		
Genel İşlevler	1300 TL altı	59	1,41	0,31	4,911	,003
	1300-2000 TL	98	1,51	0,36		
	2001-3000 TL	33	1,56	0,28		
	3000 TL üzeri	10	1,16	0,19		

Tablo 6'ya göre, haneye giren aylık gelirden; Roller puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Geliri 2001-3000 TL arası olanların Roller puanı ortalamaları en yüksek iken, 3000 TL üzeri olanlarda en düşüktür. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre geliri 3000 TL üzeri olanların Roller puanı ortalamaları, 2001-3000 TL ve 1300-2000 TL arası olanların ortalamalarına göre daha düşüktür [ $F(3,196)=3,729$ ;  $p<0,05$ ]. Haneye giren aylık gelirden; Genel İşlevler puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Geliri 2001-3000 TL arası olanların Genel İşlevler puanı ortalamaları en yüksek iken, 3000 TL üzeri olanlarda en düşüktür. Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testine göre geliri 3000 TL üzeri olanların Genel İşlevler puanı ortalamaları 2001-3000 TL ve 1300-2000 TL arası olanların ortalamalarına göre daha düşüktür [ $F(3,196)=4,911$ ;  $p>0,05$ ]. Haneye giren aylık geliri düşük olan grupların roller, davranış kontrolü ve genel işlevler puanlarının yüksek çıkmış olması aile işlevselliğinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir.

#### 4.Tartışma

Bu kısımda, diyaliz hastalarının sosyodemografik özelliklerine ve aile değerlendirme ölçeğine ilişkin bulguları literatür kapsamında tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan 200 diyaliz hastasının %73.5'i evlidir. Medeni durum açısından bakıldığında evli olmak, sosyal destek açısından olumlu bir etki yaratmaktadır (Ören, 2004). Araştırmada evli olan hastaların sayısının yüksek çıkması yaş grubuyla bağlantılı olabilir. Araştırmada 200 diyaliz hastasından %53'ü erkek olup, %47'si kadındır. Diyaliz hastalarının cinsiyet açısından incelenmesi bağlamında yapılan çalışmalarda, Kuzeyli ve arkadaşları ile Uzun ve arkadaşları erkek hastaların sayısını yüksek bulurken, Koçer ve arkadaşları ise, kadın hastaların sayısını yüksek bulmuşlardır (Kuzeyli ve ark. 2004; Koçer, 2006). Küntüz, 250 diyaliz hastasıyla yaptığı çalışmasında hastaların çoğunluğunun erkek olduğu sonucuna ulaşmıştır (Küntüz, 2016). Kaymak ise, 115 diyaliz hastasıyla yaptığı çalışmasında, hastaların çoğunluğunun erkeklerden oluştuğunu bildirmiştir (Kaymak, 2012). Araştırmanın sonuçları, erkek hasta sayısının yüksek bulunduğu çalışmaların sonuçları ile örtüşmektedir.

Araştırmada katılımcılar yaş açısından incelendiğinde, %44.7 oranında 46-60 yaş arası olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tucker ve arkadaşları yaptığı çalışmada diyaliz hastalarının ortalama yaşını 50 olarak bulmuştur (Tucker, 1991). Araştırma sonuçlarına benzer şekilde Küçük, diyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmasında 152 diyaliz hastasından, %40.1'inin 41-60 yaş arasında olduğu sonucuna ulaşmıştır (Küçük, 2008). Yapılan çalışmalar araştırma bulgularını desteklemektedir.

Katılımcıların eğitim durumu ele alındığında, araştırmada diyaliz hastalarının %33'ü lise mezunudur. Bu konu ile ilgili daha önce yapılmış çalışmalarda diyaliz hastalarının eğitim durumu açısından ilk sırada ilköğretim mezunu olma düzeyi yüksek çıkmıştır (Hiçdurmaz ve Öz, 2009; Şentürk ve ark. 2000). Mutlu, yaptığı çalışmasında hastaların eğitim düzeyleri ne kadar artarsa benlik saygısının da o kadar arttığı sonucuna ulaşmıştır (Mutlu, 2007).

Araştırmada katılımcılar meslek açısından incelendiğinde, hastaların %52.6'sının çalışmadığı sonucuna varılmıştır. Yapılan çalışmalarda, diyaliz hastalarının büyük çoğunluğunun çalışmadığı bildirilmiştir (Arat, 2006; Tan ve ark. 2005). Çalışma grubundaki diyaliz hastalarının büyük çoğunluğunun çalışmıyor olmasını, böbrek yetmezliğinin kronik bir hastalık olması ve bu bağlamda diyaliz tedavisinin uzun sürece yayılması işgücüne katılmayı olumsuz olarak etkilemesine bağlayabiliriz. Bedensel yıkımın daha fazla olduğu kronik hastalıklarda iş gücü kaybının daha fazla olması nedeniyle, bu hasta gruplarında yapılan araştırmalarda depresyon oranlarının oldukça yükseldiği saptanmıştır (Edmondson, 2001). Kronik hastalığa sahip bireylerle yapılan bir başka çalışmada, ev hanımı olan hastaların daha fazla umutsuzluk yaşadığını ortaya koymuştur (Öngider, 1997). Buradan yola çıkarak, kronik hastalıklarından dolayı iş gücü kaybı yaşayan bireylerde depresyon ve umutsuzluğun gelişmesi nedeniyle, bu bireylerin aile işlevlerinin bozulabileceği ifade

edilebilir. Çalışmada, kronik böbrek hastalığına sahip bireylerdeki işsizlik oranının yüksek olması, aile işlevlerindeki bozulmaya neden olmuş olabilir.

Araştırmada diyaliz hastalarının %39'u 1-5 yıl arası kronik böbrek hastalığına sahiptir. Sabuncu, diyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada, 110 diyaliz hastasında hastalığın başlangıcının %36.4 ile 1-4 yıl arasında hastalığa sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır (Sabuncu, 1994). Bu oran literatürdeki kaynaklar ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada katılımcılar haneye giren aylık gelir durumları açısından incelendiğinde, %49'unun gelirinin 1300-2000TL arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumu, diyaliz tedavi sürecinin çalışma hayatını olumsuz etkileyerek, iş gücü kaybı nedeniyle sosyoekonomik anlamda kişiyi zayıflattığı şeklinde açıklayabiliriz. Biçer ve arkadaşlarının diyaliz hastalarıyla yaptığı bir çalışmada, 56 diyaliz hastasından %78.6'sının gelir durumunun orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Biçer ve ark. 2013). Bülbül ise, diyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada 100 diyaliz hastasından %61'inin gelir durumunu orta düzeyde bulmuştur (Bülbül, 2010). Yaşam kalitesinin önemli unsurlarından biri sosyoekonomik düzeydir. Gelir durumu düşük olan bireylerin, depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, daha fazla kaza geçirdikleri ve daha fazla suç işlediği bilinmektedir (Erkenekli ve ark. 2012). Yapılan bir çalışmada, gelir seviyesi düşük olan hastaların minimum düzeyde benlik saygısına sahip olduğu fikri vurgulanmıştır. Yapılan bir çalışmada, benlik saygısının ekonomik yönden sosyal destek alan hastalarda, almayan hastalara göre daha yüksek çıktığı belirtilmiştir (Mutlu, 2007). Ailelerin gelir durumu ile aile işlevselliği arasında ilişki olduğu yorumu yapılabilir. Bu bağlamda, çalışmada kronik böbrek yetmezliği olan hasta bireylerin gelir durumlarının orta ve alt düzeyde olması hastalığın çalışma koşullarını zorlaştırması ve işsizlik oranlarını arttırmasına neden olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmada kronik böbrek yetmezliği hastalığından dolayı herhangi bir sosyal hizmet kurumundan yararlanma durumunu incelediğimizde, sosyal hizmet kurumundan hiç yararlanmayanların oranı %58.8 olarak bulunmuştur. Sosyal destek düzeyinin artmasının sonucu olarak, aile işlevselliğinin alt boyutlarından biri olan problem çözme becerisinin artacağı bildirilmiştir. Sosyal destek verilen bireylerin probleme neden olan olaylar ile karşılaştıklarında daha olumlu düşündükleri, bu olaylar ile başa çıkabildikleri gösterilmiştir (Budak, 1999). Hemodiyaliz hastalarıyla sosyodemografik özellikler, sosyal destek kaynakları ve hastalık sürecinin benlik saygısına etkisi ile ilgili yapılan bir çalışmada, hastaların yakın çevresiyle ilişkilerinin azaldığı ve buna ek olarak diğer insanlara karşı beklentilerinin arttığı görülmüştür (Mutlu, 2007). Kronik böbrek yetmezliğine sahip hastalara verilen sosyal destek düzeyinin arttırılması, bu bireylerin aile işlevselliği ile doğru orantılı olabilir.

Diyaliz hastalarının ADÖ alt boyutlarındaki toplam puanlarının yüksek çıkması aile işlevlerinin olumsuz etkilendiğini, düşük çıkması ise aile işlevlerinin sağlıklı olduğunu göstermektedir. Aile değerlendirme ölçeğinde 1'den 4'e kadar puanlama yapılmakla birlikte; 2.00 puan ve üzeri aile işlevselliğinde olumsuzluğa

işaret ederken, 2.00 puan ve altı aile işlevselliğinin çok da olumsuz etkilenmediğine işaret etmektedir. Veriler sonucunda diyaliz hastalarının aile işlevlerinin etkilendiğini fakat bu olumsuz etkinin düşük düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. Bu ölçek kullanılarak diyaliz hastaları üzerinde yapılan bir çalışma bulunmamaktadır. Fakat diyaliz hastalarının yakınlarında yapılan çalışma verilerine benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmada kronik böbrek yetmezliği tanısı alan 118 hastanın aileleri değerlendirilmiştir (Asan, 2007). Araştırmanın verileri, bu çalışmanın verileriyle örtüşmektedir.

Diyaliz hastalarında roller ve duygusal tepki açısından aile işlevselliğinin evli olma durumu ile anlamlı olarak olumlu yönde etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Sosyal destek mekanizmaları açısından evli olmak olumlu etkilere sahip olabilir. Bu olumlu etkilerden en önemlisi, evli olmanın aile içi sorumlulukların paylaşılmasını arttırmasıdır (Asan, 2007). Bununla birlikte, evlilerin stresi bekarlara göre daha iyi yönettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Özkaraman ve ark. 2016). Yapılan başka bir çalışmada, evli olanların yaşam kalitesinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Evans ve ark. 1985). Evli olmanın, sorumlulukların paylaşılması ve stresi yönetme becerilerinin artmasına aracılık etmesinden dolayı, yaşam kalitesinin yüksek olmasına ve aile işlevlerine olumlu katkı yapacağı düşünülebilir. Destekleyici ve koruyucu sosyal ilişkilere sahip olan hastaların, hastalığa daha kolay uyum sağladığı ve hastalık sebebiyle daha az problem yaşadığı belirtilmiştir (Zengin ve Yıldırım, 2017). Bu bağlamda, araştırma verileri literatürdeki bilgileri destekler niteliktedir. Fakat yapılan bir çalışmada, araştırma verilerinin aksine evli olup diyalize giren hastaların %68'inin aile işlevlerinin bozulduğu saptanmıştır. Bunun nedeni olarak aile üyelerinin hastalık sonrasında yaşadıkları maddi ve manevi anlamda travmaların olduğu gösterilmiştir (Kavukcu ve ark. 1995). Yapılan başka bir çalışmada ise evli olan diyaliz hastalarının %58.7'sinin aile işlevlerinin bozulduğu, 2/3'ünün eşlerinin hayatlarının (sosyal, psikolojik, iş) bu hastalık dolayısıyla fazlaca etkilendiğini ortaya koymuştur (Pınar, 2006).

Araştırmada ailede çocuk sayısının fazla olması roller ve genel işlevler bakımından aile işlevlerini olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır. Artan çocuk sayısının yaşam kalitesini azalttığı ifade edilebilir. Buradan yola çıkarak azalan yaşam kalitesinin aile işlevlerini olumsuz etkilediğini söyleyebiliriz. Ancak diyaliz hastalarının yakınlarında yapılan bir çalışmada, ailedeki birey sayısındaki artışın aile işlevleri üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Asan, 2007). Ailedeki üyelerin artmasının aile işlevselliği üzerinde herhangi bir etki yapmaması, araştırmanın verileriyle çelişmektedir.

Araştırmada okuryazar olmayanların problem çözme, roller ve davranış kontrol puanları daha yüksek bulunmuştur. Bir başka ifade ile okuryazar olmayanlar ile üniversite mezunlarının aile işlevleri karşılaştırıldığında, okuryazar olmayanların aile işlevlerinden olumsuz yönde etkilenmiştir. Araştırma verilerine paralel olarak Aydemir ve arkadaşları, yaptığı bir çalışmada eğitim seviyesi düşüklüğünün problem çözme becerileri ile anksiyete ve somatizasyon durumunun eğitim seviyesini olumsuz yönde etkileyerek aile işlevlerini bozduğunu belirtmiştir (Aydemir ve ark 2002). Mollaoğlu ve Bağ, diyaliz hastalarıyla yaptığı bir çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olanların, öz yeterlilik düzeyinin de yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Eğitim düzeyi ile bilgiye ulaşma arasında doğru bir orantı vardır. Dolayısıyla eğitim düzeyi ne kadar artarsa, bilgiye ulaşma da o kadar artar ve kolaylaşır. Eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte bireyin hastalığıyla baş etme gücü de artacaktır (Mollaoğlu ve Bağ, 2009). Ching ve arkadaşları, diyaliz hastalarında eğitim düzeyi arttıkça, yaşam kalitesinin de arttığı sonucuna ulaşmışlardır (Ching, 2001). Eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte yaşam kalitesinin de artması aile işlevlerine pozitif etki edebilir. Bu bağlamda, çalışmanın verileri ile literatürdeki bilgiler birbirine paralellik göstermektedir.

Araştırmayı iş bilgisi açısından incelediğimizde, çalışmayanların davranış kontrolü puanının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu da aile işlevlerini olumsuz etkilemiştir. Yaşam kalitesi ile sosyoekonomik düzey arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır (Karabulutlu ve ark. 2006). Yapılan bir çalışmada, çalışan diyaliz hastalarının öz yeterlilik durumu yüksek bulunmuştur (Mollaoğlu ve Bağ, 2009). İşgücüne katılan hastaların öz yeterliliğinin yüksek olması, davranışlarına yansıyor aile işlevlerini olumlu etkileyeceğini düşündürebilir. Bundan dolayı, kronik böbrek yetmezliğine sahip hastaların iş hayatına kazandırılması için stratejilerin geliştirilmesi, bu bireylerin aile işlevselliğine önemli bir oranda katkı sağlayabilir.

Araştırma haneye giren aylık gelir açısından incelendiğinde; haneye giren aylık gelirin az olduğu gruplarda; roller, davranış kontrolü ve genel işlevler ortalama puanlarının arttığı bir başka ifade ile aile işlevselliğinin olumsuz etkilendiği sonucuna varılmıştır. Ekonomik durumdaki farklılıklar, toplumsal yaşamda bireyler için çok farklı sonuçlara neden olabilmektedir. Gelir durumu düşük bireylerin, depresyona daha fazla maruz kaldığı bilinmektedir (Erkenekli ve ark. 2012). Buradan yola çıkarak, gelir durumu düşük bireylerin aile işlevselliğinin bozulduğunu söyleyebiliriz. Bu bağlamda, yapılan bir çalışmada ekonomik düzeyin azalmasının diyaliz hastalarında aile işlevlerini azalttığı bildirilmiştir (Karabulutlu ve ark. 2006). Araştırmanın verileri, literatürdeki bilgileri destekler niteliktedir. Kronik böbrek yetmezliğine sahip olan hastalara verilen sosyal desteğin artırılması yardımıyla, bu bireylerin sosyoekonomik durumlarının iyileştirilmesi, aile işlevselliğinin iyileştirilmesine önemli bir katkı sağlayabilir.

Araştırmada kronik böbrek hastalığına sahip olma süresinin aile işlevlerini anlamlı olarak etkilemediği bulunmuştur. Bu konuyla bağlantılı olarak yapılan bir çalışmada, artan diyaliz süresinin davranış değişikliğine neden olduğu saptanmıştır (Şentürk ve ark. 2000). Araştırmada böbrek hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olanların problem çözme, iletişim ve genel işlevler açısından aile işlevselliklerinin olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur. Kronik böbrek hastalığı dışında herhangi bir hastalığa sahip olan bireylerde depresyon riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Çelik ve Acar, 2007). İkinci bir hastalık depresyon ihtimalini artırarak aile işlevselliğini olumsuz yönde etkiliyor olabilir. Böbrek hastalığı dışında farklı bir kronik hastalığa sahip bireylere sosyal destek kapsamında psikolojik destek verilerek, bu hastalara aile işlevselliği geri kazandırılabilir.

Araştırmada hastalığından dolayı herhangi bir sosyal hizmet kurumundan yararlananların aile işlevleri konusunda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun nedeni, bireylere verilen sosyal desteğin yetersiz

olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu nedenle, verilen sosyal destekler tekrar ele alınarak bireyler için daha faydalı hale getirilebilir. Araştırmada aile üyelerinde kronik hastalık bulunan diyaliz hastalarının, problem çözme, davranış kontrolü, iletişim ile genel işlevler puanlarının aile işlevselliklerini olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Diyaliz hastaları aile içindeki bireylere bakım yükü getirdiği için yaşanan süreçler birey ve ailesini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesinin azaldığı ve tükenmişliğinin arttığı bildirilmiştir (Arat, 2006; Gülpak ve Kocaöz, 2014). Dolayısıyla bakım veren bireylerin hastalanması, diyaliz hastasını ve aile üyelerini daha fazla olumsuz etkileyeceğinden dolayı aile işlevlerinin bozulmasına sebep olabilir. Bu nedenle, bu durumdaki ailelere yeterli düzeyde sosyal destek verilerek aile işlevselliğinin bozulmasının önüne geçilebilir.

### 5.Sonuç ve Öneriler

Araştırmada diyaliz hastalarının aile işlevleri incelenmiş olup aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

1. Medeni durum açısından, evli ile bekar olanlar arasında roller ve duygusal tepki verebilme puanlarında, evliler lehine anlamlı olarak farklılık saptanmıştır. Bu boyutlarda, evli olanların, aile işlevselliği olumlu yönde etkilenmiştir.
2. Çocuk sayısı açısından, çocuk sayısı farklı olan gruplar arasında roller ve genel işlevler puanlarında, çocuk sayısı az olanlar lehine, anlamlı olarak farklılık saptanmıştır. Bu boyutlarda, çocuk sayısı az olanların aile işlevselliği olumlu yönde etkilenmiştir.
3. Eğitim durumu açısından, eğitim durumu farklı olan gruplar arasında problem çözme, roller ve davranış kontrolü puanlarında, üniversite mezunları lehine anlamlı olarak farklılık saptanmıştır. Bu boyutlarda, üniversite mezunlarının (eğitim durumu yükseldikçe) aile işlevselliği olumlu yönde etkilenmiştir.
4. Çalışma durumu (iş bilgileri) açısından, çalışma durumu farklı olan gruplar arasında davranış kontrolü işlevinde, çalışanlar lehine anlamlı olarak farklılık saptanmıştır. Bu boyutlarda, çalışanların aile işlevselliği olumlu yönde etkilenmiştir.
5. Haneye giren aylık geliri (ekonomik durum) farklı olan gruplar arasında roller, davranış kontrolü ve genel işlevler puanlarında, sosyoekonomik durumu iyi olanlar lehine anlamlı olarak farklılık saptanmıştır. Bu boyutlarda, haneye giren aylık gelir miktarı ne kadar fazla olursa, aile işlevselliği o denli olumlu etkilenmiştir.
6. Böbrek hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu açısından, problem çözme, iletişim ve genel işlevler puanlarında, başka bir kronik hastalığı olmayanlar lehine anlamlı olarak farklılık saptanmıştır. Bu boyutlarda, böbrek hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığı olmayanların, aile işlevselliği olumlu yönde etkilenmiştir.
7. Aile üyelerinde kronik hastalık bulunma durumu açısından, problem çözme, iletişim, davranış kontrolü ve genel işlevler puanlarında, üyelerde kronik hastalık bulunmayanların lehine anlamlı

olarak farklılık saptanmıştır. Bu boyutlarda, aile üyelerinde kronik hastalığı olmayanların aile işlevselliği olumlu yönde etkilenmiştir.

Kronik hastalığa sahip bireyler toplumda dezavantajlı gruplar arasında sayılabilir. Kronik böbrek yetmezliği sonucunda birey saatler süren, haftanın belli günlerinde, belli merkezlerde diyalize girmek zorunda kalabilir. Diyaliz süreci, hastaya ve ailesine pek çok yük getirebilir. Bu bağlamda, hasta “çevresi içinde birey” olarak değerlendirilerek hastayla birlikte ailesi de ele alınmalıdır. Mikro ve mezo düzeyde çalışmalar güçlendirilmelidir. Mikro düzeyde, hastanın ne hissettiği, hastalığı konusunda bilgi sahibi olup olmadığı, kaygıları, korkuları, tedavi sürecinde yaşadıkları olumsuzlukların en aza indirilmesi amacıyla mesleki müdahaleler yapılmalıdır. Hastanın yanı sıra ailesi de hastalık konusunda bilgilendirilmeli ve bu doğrultuda hastaya ve ailesine eksik görülen noktalarda eğitici bilgiler verilmelidir. Sosyal hizmet uzmanları, hasta ve ailesine mevcut durumdaki kaynaklara, hizmetlere, haklarına ulaşmasında ve erişmesinde bilgi verip, destek olmalıdır. Hastanın gerekli yerlerden yararlanması (sosyal hizmet il müdürlükleri, sağlık kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanları, psikolog, psikiyatri vb.) bireyi daha güçlü kılmakla birlikte, kendisine olan saygısını da artıracaktır. Bu hususta, tıbbi sosyal hizmetin odak noktasına, aile danışmanlığı hizmeti de dahil edilebilir. Hastalar, aile danışmanlığı hizmeti konusunda bilgilendirilmelidir. Aile danışmanlığı kuramları çerçevesinde mevcut soruna ilişkin uygulamalarla hastalıkla birlikte meydana gelen kriz ve sorunlarla baş edilebilir. Bunlar sonucunda ailenin işlevselliği daha sağlıklı bir hal alabilir. Mezo düzeyde, hasta bireyin çevresi ve etkileşim halinde olduğu kişilerle çalışmalar yapılıp, bu çalışmalar güçlendirilmelidir. Bakım verenler ve sağlık ekibi ile iletişim mezo düzeyde önemlidir. Çalışmalar ne kadar çok güçlendirilip, hastalara ve etkileşim halinde olduğu çevresine ne kadar çok ulaşırsa, sorunların kaynağını belirleyip yaşanan olumsuzluklar azaltılabilir. Makro düzeyde ise, hastanın hastalığından dolayı işgücüne katılamaması ve bunun sonucunda ekonomik gücünün yetersiz olması da sorunları beraberinde getirmektedir. Sorunları en aza indirebilmek için, diyaliz hastalarına belli bir miktarda devlet tarafından ekonomik destek sağlanmalıdır. Hastalara esnek çalışma saatlerinde işe gelebilme ya da evde çalışabilme imkanları tanınmalıdır. Araştırmacılar, diyaliz hastalarıyla yapılan çalışmaların eksik görüldüğü noktalarda araştırmalar yapmalıdır. Örneğin; diyaliz hastalarının sosyal işlevselliği, yaşam doyumları, yaşam kaliteleri, mesleki doyumları gibi birçok noktada çalışmalar yapılmalı ve eksik görülen noktalarda yeni politikalar geliştirilmelidir. Diyaliz hastalarıyla yapılan çalışmalar tek bir bölgeyle sınırlı kalmayıp, diğer bölgelerde de fonksiyonel hale getirilmelidir. Tıbbi odaklı çalışan sosyal hizmet uzmanları, organ nakli konusunda toplumu bilgilendirmeli ve bu konuda farkındalık oluşturmalıdır. Tıbbi sosyal hizmet uygulama alanları genişletilmelidir. Tıbbi sosyal hizmet uygulama alanları ne kadar çok yaygınlaşırsa topluma ve bununla birlikte aileye, aile işlevlerine olumlu katkı sunabilir.



**Kaynakça**

- Arat, Z. (2006). Hemodiyaliz hasta ve yakınlarında tükenmişlik sendromu, hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Asan, T. (2007). Kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hastaların ailelerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Aydemir, Ç., Cebeci, S., Göka, E., Kasım, İ., Tüzer, V. (2002). Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar. *Kriz Dergisi*, 10 (2):29-40.
- Biçer, S., Şahin, F., Sarıkaya, Ö. (2013). Hemodiyaliz hastalarının yeterli diyaliz hakkında bilgi düzeylerinin incelenmesi ve bu konuda eğitilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 3(3).
- Budak, B. (1999). Çocukluk çağı lösemileri ve sosyal destek sistemlerinin aile işlevlerine etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Bulut, I. (1990). *Aile değerlendirme ölçeği el kitabı*. Ankara, Özgüneliş Matbaası.
- Bulut, I. (1993). *Ruh hastalığının aile işlevlerine etkisi*. T.C Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları, Ankara.
- Bülbül, E. (2010). Hasta, hasta yakınları ve sağlık profesyonelleri gözüyle hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Büyükoztürk, Ş., Çakmak, E.K., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2016). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. 21.Baskı. Ankara, Pegem Akademi.
- Ching Luck Suet, W. (2001). The quality of life for Hong Kong dialysis patients. *Journal of advanced nursing*, 35(2), 218-227.
- CNSW (2003): *Standards of practice for nephrology social work* (5th ed). New York: National Kidney Foundation, 7-9.
- Çelik, H.C., Acar, T. (2007). Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 12 (1):023-027.
- Edmondson, J.C. (2001). *Chronic pain and the placebo effect*. Comprehensive textbook of psychiatry. Sadock B, Sadock (Ed), 7. baskı, Lippincott Williams and Wilkins, s.1981-2001.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The mcmaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.
- Erbay, E., Zengin, O., Yıldırım, B., Yıldırım, T., Abudalal, A. (2016). Kronik böbrek yetmezliği hastalarının kaygı düzeyleri ve başetme tutumları. Hacettepe Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı Örneği. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 25 (1):95-99.
- Erkenekli, M., Uzun, Z., Gümüş, Ö.D. (2012). Sosyoekonomik statü ve sosyal değerler ilişkisine yönelik bir inceleme. *Savunma Bilimleri Dergisi*, 11(2):125-147.
- Evans, R.W., Manninen, D.L., Garrison, L.P, et al. (1985) The quality of Life of patients with end-stage renal diseases. *New England Journal of Medicine*, 312:553-559

- Frude, N. (1991). *Understanding family problems*. Chishester: John Wiley and sons.
- Gökler, I. (2008). Sistem yaklaşımı ve sosyal ekolojik yaklaşım çerçevesinde oluşturulan kavramsal model temelinde kronik hastalığı olan çocuklar ve ailelerinde psikolojik uyumun yordanması. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara.
- Gülpak, M., Kocaöz, S. (2014). Hemodiyaliz tedavisi alanlara bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13:(2).
- Hiçdurmaz, D., Öz, F. (2009). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların stresle başa çıkma biçimleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16 (3):001-016.
- Işıkhani, V. (2005). *Türkiye’de zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin sorunları*. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara.
- Karabulutlu, E., Karahisar, F., Okanlı, A., Öztürk, D. (2006). İki üniversite hastanesinde hemodiyaliz tedavisi alan hastaların depresyonla başa çıkma becerilerinin karşılaştırılması. 16. Ulusal Böbrek Hastalıkları Kongresi, *Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi*, 15 (4), s:152.
- Kavukcu, S., Tavli, V., Fadiloğlu, M., Akhunlar, H., Oran, B., Akcoral, A. (1995). Urinary enzyme changes in children undergoing cineangiographic evaluation using iopromid. *International Urology and Nephrology*, 27 (2),131-135.
- Kaymak, D.A. (2012). Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi ve beslenme durumlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Edirne.
- Koçer, Z. (2006). Hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam kalitesinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyon.
- Kuzeyli, Y., Fadiloğlu, Ç., Durmaz, A., & ... (2004). Diyaliz hastalarında uyku kalitesiyle yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 20 (1):125.
- Küçük M. (2008). Hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri, hasta özellikleri ve hemşirelik hizmetleri ile ilgili doyumlari arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
- Küntüz, S.İ. (2016). Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısı ve sosyal desteğin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesine etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- McKinley, M., Callahan, M.B. (1998). Utilizing the case management skills of the nephrology social worker in a managed care environment. *Journal of Nephrology Social Work*, 18:32-36.
- Merighi, J.R., Ehlebracht, K. (2004). Workplace resources, patient caseloads, and job satisfaction of renal social workers in the United States. *Nephrology News & Issues* 18:58-68.
- Mollaoğlu, M., Bağ, E. (2009). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz yeterlilik ve etkileyen faktörler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 72 (2).

- Mutlu, E. (2007). Hemodiyaliz hastalarının sosyodemografik özellikleri, sosyal destek kaynakları ve hastalık sürecinin benlik saygısına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Ogburn, W.F. (1963). *The changing functions of the family selected studies in marriage and the family*. USA, Rinehart and Winston Inc. Akt. Bulut (1993) *Ruh hastalığının aile işlevlerine etkisi*. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları, Yayın No. 74, Ankara.
- Öngider, N. (1997). Kronik fiziksel hastalığı olan kişilerde umutsuzluk ve yaşamı sürdürme nedenlerinin incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Ören, B. (2004). Acil olarak diyalize alınan hastaların demografik özellikleri ve prognozları. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, Ağustos-Kasım 1(1):28-31.
- Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik tıp: Konsültasyon liyezon psikiyatrisi*. İstanbul, Roche, 83-291.
- Özkaraman, A., Alparslan, G.B., Babadağ, B., Gökçe, S., Gölgeci, H., Derin, Ö., Bilgin, M. (2016). Hemodiyaliz yapılan kronik böbrek hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38 (2), 51-61.
- Öztürk, S. (2014). Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların kendini algılama durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Pak, M.D. (2017). *Kronik hastalıklar ve tıbbi sosyal hizmet uygulamaları*. Editörler: Özden, S.A., Özcan, E. Tıbbi Sosyal Hizmet, 1.Baskı, Ankara, Nobel Yayıncılık,194-195.
- Pınar, R. (2006). Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda sağlıklı ilişkili yaşam kalitesinin kullanımı. *Celal Bayar Üniversitesi Birikim Dergisi*, 1(2): 71- 76.
- Sabatelli, R., Bartle, S. (1995). Survey approaches to the assessment of family functioning: Conceptual, operational and analytical issues. *Journal of Marriage and Family*. Vol.57.
- Sabancı, N. (1994). Hemodiyaliz hastalarındaki fizyolojik ve psiko-sosyal faktörleri hasta ve hemşirelerin tanımlama durumları arasındaki ilişki. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 6 (34).
- Sarı, Ö. (2015). Sosyal boyutlarıyla kronik böbrek yetmezliği (KBY). *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4:2.
- Şentürk, A., Levent, B.A., Tamam, L. (2000). Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda psikopatoloji. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 17, 163-172.
- Tan, M., Okanlı, A., Karabulutlu, E., Erdem, N. (2005). Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 8 (2).
- Tucker, C.M., Ziller, R.C., Smith, W.R., Mars, D.R., Coons, M.P. (1991). Quality of life of patients on in-center hemodialysis versus continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International*,11 (4), 341-346.
- Turner Ralph, H. (1965). *The family sociology*. Ed.:Brown and Selznick, London.

Yılmaz Karabulutlu, E., Okanlı, A. (2011). Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (4): 25-31.

Zengin, O., Yıldırım, B. (2017). Hemodiyaliz hastalarının psikososyal sorunlarına ilişkin algıları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26(1), 67-73.