

Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Başa Çıkma Biçimleri

Coping Styles of Patients Taking Hemodialysis and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Treatment

(Araştırma)

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2009) 1–16

Arş. Gör. Duygu HIÇDURMAZ*, Prof. Dr. Fatma ÖZ*

*Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği A.D.

Bu çalışma 21-24 Haziran 2008 tarihleri arasında İstanbul'da gerçekleştirilen Uluslararası Periton Diyalizi Toplantısı'nda 12. Kongresi'de sözel bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZET

Bu araştırma, hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) tedavisi uygulanan hastaların stresle başa çıkma biçimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Başkent Üniversitesi Hastanesi, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi, Gazi Üniversitesi Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nden seçilen 212 hemodiyaliz ve 149 SAPD hastası oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak "Hemodiyaliz Hasta Bilgi Formu", "SAPD Hasta Bilgi Formu" ve "Stresle Başa Çıkma Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; her iki hasta grubunda da en sık kullanılan başa çıkma yönteminin "dine yönelme" olduğu bulunmuştur. Bunu daha sonra kabullenme, olumlu tarzda yeniden yorumlama, planlama, aktif başa çıkma ve diğer başa çıkma yöntemleri izlemektedir. Hemodiyaliz ve SAPD hastalarının kullandıkları başa çıkma biçimlerinin sıralaması birbirine benzerdir. SAPD hastaları planlama ve enstrümental sosyal destek aramayı hemodiyaliz hastalarına göre daha fazla, yadsımayı ise daha az kullanmaktadır.

Araştırma sonuçlarına dayalı olarak; bu birimlerde çalışan hemşirelerin başa çıkma durumu açısından hastaları düzenli olarak değerlendirmeleri önerilebilir. Ayrıca hemşireler hastalara tedaviye uyum konusunda verecekleri eğitim ve danışmanlık sırasında da çalışma sonuçlarını dikkate alarak eğitim ve danışmanlık içeriğine bütünleştirmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği, hemodiyaliz, sürekli ayaktan periton diyalizi, stres, başa çıkma.

ABSTRACT

This study has been carried out as descriptive to determine the coping strategies of hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) patients with stres. Sample of this study was constituted by 212 hemodialysis and 149 CAPD patients who were recruited from Başkent University Hospital, Ankara University Ibn-i Sina Hospital, Gazi University Hospital and Hacettepe University Hospital. "Hemodialysis Patient Information Form", "CAPD Patient Information Form" and "Ways of Coping Inventory" were used as data collection equipments. Significance between two means test (t test) and one way variance analysis were used for data analysis.

According to study results; mostly used coping strategy in both of the patients groups was turning towards religion. This coping strategy was followed by acceptance, positive reframing, planning, active coping and other coping ways. The rank of coping ways, from mostly used to the least, was similar in both groups. CAPD patients use planning and instrumental support more and denial less than hemodialysis patients.

Based on the results of the study, assessing patients regularly about coping may be suggested for nurses working in these units. Also, nurses should integrate the study findings into education and counseling activities about patients' adaptation to treatment.

Key Words: *Chronic renal failure, hemodialysis, continuous ambulatory peritoneal dialysis, stress, coping*

Giriş

Kronik hastalıklar günümüzde toplum sağlığı için önemli bir sorun teşkil etmektedir. Kronik böbrek yetmezliği (KBY) böbreklerin metabolik ve endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulmaya neden olan önemli kronik hastalıklardan biridir. Kronik böbrek yetmezliği tedavisinde diyaliz, transplantasyon gerçekleştirilinceye kadar uygulanan bir tedavi biçimidir. KBY hastalarına günümüzde farklı tedavi seçenekleri sunulmakla birlikte, Türkiye'de ekonomik ve teknik olanaklar nedeniyle en sık kullanılan iki tedavi yöntemi hala hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) dir. Türkiye'de tedavi biçimlerinin oranlarına bakıldığında hemodiyaliz tedavisi %75.7 ile birinci sırayı alırken, onu %14 ile transplantasyon ve %10.2 ile periton diyalizi izlemektedir¹.

KBY'nde fiziksel gücün ve dayanıklılığın kaybedilmesi, hissedilen ölüm korkusu, ekonomik güçlüklerin yaşanması, diyet, sıvı alımının kısıtlanması ve tıbbi tedaviye bağımlılık bu hastalığın aşırı bir stresör olarak algılanmasına neden olabilmekte, hastalığın aile ve evlilik yaşamında yol açtığı değişimler de yaşanan stres yükünü arttırmaktadır^{2,3}. KBY hastalarının yaşadığı psikososyal sorunlar ise psikiyatrik morbidite oranını artırmaktadır^{4,5}. Diyaliz hastalarında yüksek oranda görülen anksiyete, depresyon, uyum sorunları ve diğer psikiyatrik sorunlar⁶⁻¹⁰ bu hastaların yaşadıkları sorunlarla başa çıkmada güçlükler yaşadığına işaret etmektedir. Diyaliz tedavisine bağlı olarak ortaya çıkan bu stresörler hasta birey tarafından gerçekçi biçimde algılanırsa, yeterli ve uygun durumsal destek sağlanırsa ve etkin başa çıkma mekanizmaları mevcutsa hastalar yaşamlarını yeniden yapılandırarak hastalıkla

birlikte yaşamayı öğrenir ve uyum sağlar. Ancak bu dengeleyici faktörlerden birinin veya birkaçının olmaması durumunda birey sorunlarla başedemez ve kriz oluşabilir¹¹. SAPD'nin uygulanmaya başladığı ilk yıllarda daha az fiziksel kısıtlama gerektirmesi nedeniyle hemodiyalize göre daha az psikososyal ve psikiyatrik sorunlara yol açacağı düşünülmüştür. Yapılan bir araştırmada iki tedavi yöntemi arasında psikopatoloji açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken¹², bir başka çalışmada SAPD hastalarının depresyon puanı hemodiyaliz hastalarına göre daha düşük bulunmuş durumluk ve sürekli anksiyete puanları arasında fark bulunmamıştır¹⁰. Yapılan bir başka çalışmada ise başa çıkma açısından iki yöntem karşılaştırılmış, hemodiyaliz hastalarının palyatif başa çıkma yöntemlerini SAPD hastalarına göre daha fazla kullandığı saptanmıştır¹³. Görüldüğü gibi hemodiyaliz ve SAPD hastalarıyla yapılan çalışmalar iki grubu daha çok psikopatoloji açısından incelemesine karşın, başa çıkma biçimleri yönünden değerlendiren çalışmalar sınırlıdır ve yapılacak bu tür çalışmaların hastaların anlaşılmasında ve etkili biçimde desteklenmesinde yararlı bilgiler sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu hastaların stresörleriyle başa çıkmada kullandığı yöntemlerin belirlenmesi önemlidir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı hemodiyaliz ve SAPD hastalarının stresle başa çıkma biçimlerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma, hemodiyaliz ve SAPD hastalarının stresle başa çıkma biçimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde hemodiyaliz ve SAPD uygulanan hastalara düzenli diyaliz hizmeti veren biri özel olmak üzere dört üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Aşağıda yer alan tabloda (Tablo 1) bu hastanelerde evreni ve örnekleme oluşturan hasta sayıları yer almaktadır.

Bu hastaların seçiminde de basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kontrole gelecek hastaların listesinden herhangi bir hasta seçilip, atlanarak hastalar belirlenmiştir.

Veri toplama araçları

Araştırmanın verileri, hastalarının tanıtıcı bilgilerini içeren "Hasta Bilgi Formu" ve hastaların stresle başa çıkma biçimlerini belirleyen "Stresle Başa Çıkma Ölçeği" aracılığıyla toplanmıştır.

Hasta Bilgi Formu: İlgili literatür incelenerek oluşturulan bu form, hemodiyaliz ve SAPD hastalarının stresle başa çıkma biçimlerini etkileyebileceği düşünülen hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumuna ilişkin bilgileri içermektedir.

Stresle Başa Çıkma Ölçeği: Ölçek, Carver ve arkadaşları¹⁴ tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması ise Gök¹⁵ tarafından yapılmıştır. Ölçek Türkiye'de başka çalışmalarda^{16,17} da kullanılmıştır.

Tablo 1. Hastanelerde Evren ve Örneklem Kapsamına Alınan Hasta Sayıları

Hastane Adı	Evren	Örneklem
Hemodiyaliz		
Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	120	32
Gazi Üniversitesi Hastanesi	80	21
Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi	94	25
Başkent Üniversitesi Hastanesi	500	134
Toplam	794	212
SAPD		
Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	8	4
Gazi Üniversitesi Hastanesi	49	24
Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi	70	34
Başkent Üniversitesi Hastanesi	180	87
Toplam	307	149

Ölçek toplam 52 madde ve 13 alt ölçekten oluşmaktadır. Her bir alt ölçeğe ilişkin ise dört soru bulunmaktadır. Ölçeğin uygulamasında yanıtlayan kişilerden ölçekteki her maddeyi ayrı ayrı okuyup değerlendirmeleri ve “hiçbir zaman yapmam”, “arada sırada yaparım”, “orta derecede yaparım”, “sıklıkla yaparım” şeklinde 1’den 4’e kadar numaralandırmaları istenmektedir. Ölçeğe ilişkin toplam puan bulunmamakta ve her bir alt ölçeğe ilişkin puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Hesaplama, ilgili alt ölçekten alınan puanların toplanarak alt ölçeğe ilişkin soru sayısına bölünmesiyle yapılmaktadır. Her bir alt ölçekten alınabilecek puanlar 4-16 arasında değişmektedir. Alt ölçek puanlarının artması o yaklaşımın stresle başa çıkmak için daha fazla kullanıldığını göstermektedir. Ölçekte yer alan 13 alt ölçeğin adları, cronbach alfa iç tutarlık katsayıları ve soru numaraları aşağıdaki tabloda (Tablo 2) yer almaktadır.

Verilerin toplanması

Araştırmanın yapılabilmesi için tüm hastanelerden yazılı izinler alındıktan sonra hastalarla görüşmeler yapılarak araştırmaya ilişkin bilgi verilmiştir. Sorulara uygun cevap verebilecek bilişsel seviyeye sahip ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar yazılı onam formunu doldurduktan sonra, veri toplama formları görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Veri toplama formlarının etkin doldurulabilmesi için hemodiyaliz hastalarına formlar, diyaliz işlemi başladıktan yarım saat sonra ve işlemin bitişinden önceki son 1 saat arasında uygulanmıştır. SAPD hastalarına ise veri toplama formları kontrole geldikleri günlerde uygulanmıştır. Veri toplama formlarının hastalara

Tablo 2. Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Ölçekleri, Cronbach Alfa İç Tutarlık Katsayıları ve Soru Numaraları

Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Ölçekleri	Cronbach Alfa İç Tutarlık Katsayıları	Soru Numaraları
Aktif Başa Çıkma	0.51	4, 21, 40, 50
Planlama	0.67	16, 27, 34, 48
Diğer Aktiviteleri Bırakarak Sorun Üzerine Odaklanma	0.57	13, 28, 36, 47
Sosyal Destek Arama (Enstrümental)	0.64	3, 12, 26, 38
Sosyal Destek Arama (Duygusal)	0.60	9, 19, 29, 44
Duyulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma	0.63	2, 14, 24, 39
Davranışsal Olarak İlgili Kesme	0.62	8, 20, 32, 43
Olumlu Tarzda Yeniden Yorumlama	0.56	1, 25, 33, 51
Yadsıma	0.60	5, 23, 35, 49
Kabullenme (Boyun Eğici)	0.61	11, 18, 37, 46
Dine Yönelme	0.90	6, 15, 41, 52
Alkol/İlaç Kullanımı	0.90	10, 22, 30, 45
Mizahi Yaklaşım	0.81	7, 17, 31, 42

uygulanması yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Araştırma uygulaması Ocak 2004- Haziran 2004 arasında toplam altı ayda gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Bu araştırma Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde hemodiyaliz ve SAPD uygulanan hastalara düzenli diyaliz hizmeti veren hastanelerden örneklem için seçilen hastalarla sınırlıdır. Hastalar kollarını diyaliz işlemi için kullanamaz durumda olabildikleri ve bu konuda tüm hastalara aynı yaklaşımın uygulanması için veriler görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Bu durum hastaların sorulara özgür biçimde cevap verme olasılığını azaltmış olabilir.

Verilerin değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde hemodiyaliz ve SAPD grupları bağımsız, stresle başa çıkma biçimleri ise bağımlı değişken olarak ele alınmıştır.

Veriler toplandıktan sonra araştırmacı tarafından SPSS 11.0 (Statistical Package for Social Sciences) istatistik yazılım programında bilgisayara kaydedilmiş ve bu programda analizler gerçekleştirilmiştir.

Hemodiyaliz ve SAPD bağımsız değişkenleri ile stresle başa çıkma biçimleri ölçeği alt ölçekleri bağımlı değişkenleri arasında yapılan karşılaştırmalar iki ortalama

arasındaki farkın anlamlılık testi ile yapılmıştır. Hemodiyaliz ve SAPD hastalarına ilişkin tanımlayıcı özellikler ile stresle başa çıkma ölçeği alt ölçekleri arasında yapılan karşılaştırmalarda ise iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Bu analizlerde değişkenlerin arasında fark olup olmadığı %5 anlamlılık düzeyinde test edilmiştir.

Bulgular

Hemodiyaliz ve SAPD hastalarının tanıtıcı özellikleri Tablo 3’de sunulmaktadır.

Hemodiyaliz hastalarının %29,3’ünün 45-54 yaş grubunda, %60,4’ünün erkek, %32,1’inin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. SAPD hastalarının ise %51’i erkek, %34,9’u lise mezunu olup, %25,6’sı 35-44 yaş grubundadır.

Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların başa çıkma biçimi olarak en fazla “dine yönelme”yi (Hemodiyaliz için; 14.27 ± 2.98 , SAPD için; 14.60 ± 2.53) kullandıkları saptanmıştır. Bunu daha sonra kabullenme (Hemodiyaliz için; 14.24 ± 2.51 , SAPD için; 13.73 ± 2.75), olumlu tarzda yeniden yorumlama (Hemodiyaliz için; 12.73 ± 2.75 , SAPD

Tablo 3. Hemodiyaliz ve SAPD Tedavisi Uygulanan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Hemodiyaliz Hastası		SAPD Hastası	
	n	%	n	%
Yaşı				
14-24	21	9.9	20	13.4
25-34	39	18.4	30	20.1
35-44	42	19.8	38	25.6
45-54	62	29.3	37	24.8
55 ve Üzeri	48	22.6	24	16.1
Cinsiyeti				
Kadın	84	39.6	73	49.0
Erkek	128	60.4	76	51.0
Eğitim Durumu				
Okur- Yazar Değil	8	3.8	8	5.4
Okur- Yazar	6	2.8	4	2.7
İlkokul	68	32.1	42	28.2
Ortaokul	33	15.6	12	8.1
Lise	57	26.9	52	34.9
Üniversite	40	18.9	31	20.8
Toplam	212	100	149	100

için; 12.86±2.86), planlama (Hemodiyaliz için; 12.65±2.98, SAPD için; 13.62±2.89), aktif başa çıkma (Hemodiyaliz için; 12.22±2.44, SAPD için; 12.19±2.32) ve diğer başa çıkma yöntemleri izlemektedir. Hemodiyaliz ve SAPD hastalarında kullanılan başa çıkma yöntemlerinin sıralaması birbirine benzerdir. Bu alt boyutlardan planlama, enstrümental sosyal destek arama ve yadsıma alt boyutları ile hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiye rastlanmıştır ($p<0.05$), diğer alt boyutlarda anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).

SAPD hasta grubunda yaş ilerledikçe aktif başa çıkma ve dine yönelme puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak arttığı, hemodiyaliz hasta grubunda diğer aktiviteleri bırakarak sorun üzerine odaklanma puanlarının arttığı, enstrümental sosyal destek arama puanlarının ise azaldığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 5).

Kadın SAPD hastalarında duygulara odaklanma ve duyguları ortaya koyma, diğer aktiviteleri bırakarak sorun üzerine odaklanma, yadsıma ve alkol/ilaç kullanımı puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemodiyaliz hastalarında ise kadınların duygulara odaklanma ve duyguları ortaya koyma puanlarının erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 6).

SAPD grubunda öğrenim düzeyi yükseldikçe dine yönelme, diğer aktiviteleri bırakarak sorun üzerine odaklanma, mizahi bakış ve davranışsal olarak ilgiyi kesme puanlarının

Tablo 4. Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Boyutlarının Tedavi Türüne Göre Dağılımı

Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Boyutları	Hemodiyaliz	SAPD	Test İstatistiği	p*
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Dine Yönelme	14.27 ±2.98	14.60±2.53	t=1.10	0.27
Kabullenme	14.24±2.51	13.73±2.75	t=-1.81	0.07
Olumlu Tarzda Yeniden Yorumlama	12.73±2.75	12.86±2.86	t=-0.13	0.89
Planlama	12.65±2.98	13.62±2.89	t=3.11	0.00
Aktif Başa Çıkma	12.22±2.44	12.19±2.32	t=0.43	0.67
Sosyal Destek Arama (Duygusal)	11.33±3.07	11.28±3.69	t=-0.12	0.90
Sosyal Destek Arama (Enstrümental)	10.48±2.96	11.42±2.73	t=3.07	0.00
Duyulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma	10.30±3.07	10.46±3.12	t=0.50	0.62
Diğer Aktiviteyi Bırakarak Sorun Üzerine Odaklanma	9.39±4.09	8.89±4.25	t=-1.13	0.26
Mizahi Bakış	9.12±3.90	8.42±3.93	t=-1.69	0.09
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	6.82±3.15	6.44±3.25	t=-1.09	0.28
Yadsıma	5.96±3.09	5.19±2.45	t=-2.53	0.01
Alkol/ilaç Kullanımı	4.81±2.37	4.42±1.30	t=-1.82	0.07

* $p<0.05$ düzeyinde anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 5. Hastaların Yaşlarına Göre Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Ölçekleri	14-24 (n=20)	25-34 (n=30)	35-44 (n=38)	45-54 (n=37)	55 ve Üzeri (n=24)	F	p
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
SAPD							
Dine Yönelme	14.30±2.81	13.50±2.77	15.02±1.85	14.40±3.15	15.87±0.44	3.558	0.008
Kabullenme	13.65±2.79	12.86±3.10	13.97±2.16	14.24±2.88	13.70±2.80	1.149	0.336
Olumlu Tarzda Yeniden Yorumlama	11.35±2.45	12.06±2.53	12.57±2.23	12.51±2.04	11.91±2.43	1.210	0.309
Planlama	12.85±3.52	13.50±2.82	13.97±2.29	13.81±2.67	13.58±3.59	0.554	0.704
Aktif Başa Çıkma	12.20±3.12	11.73±3.13	13.65±2.31	13.40±3.00	12.70±2.44	2.626	0.037
Sosyal Destek Arama (Duygusal)	10.40±3.96	10.16±4.26	12.21±3.43	11.86±3.30	11.04±3.32	1.877	0.118
Sosyal Destek Arama (Enstrümental)	11.30±2.95	10.86±3.09	12.07±2.42	11.86±2.07	10.45±3.20	1.901	0.113
Duyulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma	9.95±2.58	10.10±3.79	10.26±3.08	10.54±2.76	11.54±3.18	0.997	0.411
Diğer Aktiviteleri Bırakarak Sorun Üzerine Odaklanma	9.55±1.33	9.53±4.47	7.76±3.96	8.45±3.96	9.95±4.61	1.451	0.220
Mizahi Bakış	9.55±4.57	7.53±3.95	7.76±3.42	8.37±3.63	9.66±4.29	1.696	0.154
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	6.65±3.66	6.96±3.58	5.60±2.29	6.29±3.35	7.16±3.50	1.169	0.327
Yadsıma	5.65±2.70	5.23±2.06	4.63±1.40	5.08±2.57	5.83±3.53	1.108	0.355
Alkol/İlaç Kullanımı	4.00±0.01	4.80±1.93	4.10±0.64	4.59±1.40	4.50±1.35	1.958	0.104
Hemodiyaliz	(n=21)	(n=39)	(n=42)	(n=62)	(n=45)		
Dine Yönelme	13.14±4.19	14.82±1.87	14.28±3.35	13.87±3.25	14.95±1.82	2.035	0.091
Kabullenme	14.38±3.04	13.89±2.43	13.90±2.91	14.54±2.21	14.44±2.16	0.703	0.591
Olumlu Tarzda Yeniden Yorumlama	11.76±2.38	12.07±1.82	12.40±2.22	12.11±2.84	12.71±2.49	0.754	0.556
Planlama	12.23±3.14	12.94±2.52	12.35±2.80	12.37±3.53	13.31±2.57	0.985	0.417
Aktif Başa Çıkma	12.90±3.26	12.43±2.11	13.30±2.59	12.59±3.01	12.57±2.80	0.661	0.620

Sosyal Destek Arama (Duygusal)	12.14±3.41	11.56±2.97	11.04±2.87	11.43±3.28	11.02±2.90	0.634	0.639
Sosyal Destek Arama (Enstrümental)	12.23±2.44	10.69±2.88	9.61±2.79	10.29±3.25	10.44±2.70	2.962	0.021
Duyulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma	10.42±3.10	10.69±2.98	10.95±2.91	9.83±3.31	10.08±2.92	1.037	0.389
Diğer Aktiviteleri Bırakarak Sorun Üzerine Odaklanma	7.57±3.55	9.43±4.09	9.38±4.35	8.93±3.94	10.91±3.97	2.872	0.024
Mizahi Bakış	9.19±3.53	8.07±3.90	8.57±3.95	9.30±3.98	10.37±3.72	2.146	0.076
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	5.61±2.83	7.05±3.54	6.47±2.76	6.74±3.10	7.57±3.34	1.595	0.177
Yadsıma	5.23±2.64	6.43±3.85	5.97±2.82	5.38±2.55	6.60±3.40	1.542	0.191
Alkol/ilaç Kullanımı	4.04±0.21	4.38±1.44	4.97±2.90	5.09±2.69	4.93±2.53	1.160	0.330

Tablo 6. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Stresle Başa Çıkma Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Ölçekleri	Kadın (n=73) X±SS	Erkek (n=76) X±SS	t	p
SAPD				
Dine Yönelme	14.93±2.05	14.28±2.90	1.554	0.122
Kabullenme	13.89±2.71	13.57±2.78	0.691	0.491
Olumlu Tarzda Yeniden Yorumlama	11.95±2.48	12.40±2.15	-1.181	0.240
Planlama	13.42±3.13	13.81±2.64	-0.825	0.411
Aktif Başa Çıkma	12.56±3.01	13.14±2.69	-1.245	0.215
Sosyal Destek Arama (Duygusal)	11.34±3.81	11.22±3.58	0.196	0.845
Sosyal Destek Arama (Enstrümental)	11.05±3.08	11.76±2.31	-1.589	0.114
Duyulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma	11.08±3.15	9.86±2.99	2.410	0.017

Diğer Aktiviteleri Bırakarak Sorun Üzerine Odaklanma	9.73±4.29	8.06±4.07	2.443	0.016
Mizahi Bakış	8.30±4.04	8.52±3.84	-0.348	0.728
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	6.97±3.46	5.93±2.95	1.970	0.051
Yadsıma	5.84±3.03	4.56±1.48	3.304	0.001
Alkol/İlaç Kullanımı	4.63±1.59	4.21±0.89	1.989	0.049
Hemodiyaliz	(n=84)	(n=128)		
Dine Yönelme	14.72±2.57	13.97±3.18	1.804	0.073
Kabullenme	13.92±2.89	14.43±2.205	-1.451	0.148
Olumlu Tazda Yeniden Yorumlama	11.86±2.37	12.45±2.46	-1.712	0.088
Planlama	12.20±2.86	12.93±3.02	-1.764	0.079
Aktif Başa Çıkma	12.77±2.53	12.70±2.89	0.183	0.855
Sosyal Destek Arama (Duygusal)	11.73±3.08	11.05±3.04	1.589	0.113
Sosyal Destek Arama (Enstrümental)	10.47±3.02	10.47±2.92	-0.001	0.999
Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma	10.83±3.35	9.94±2.82	2.076	0.039
Diğer Aktiviteleri Bırakarak Sorun Üzerine Odaklanma	9.65±3.85	9.21±4.24	0.772	0.441
Mizahi Bakış	8.84±3.72	9.30±4.01	-0.839	0.402
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	7.11±3.16	6.61±3.14	1.134	0.258
Yadsıma	6.28±3.25	5.75±2.97	1.236	0.218
Alkol/İlaç Kullanımı	4.92±2.70	4.72±2.13	0.605	0.546

istatistiksel açıdan anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Hemodiyaliz hasta grubunda ise öğrenim düzeyi yükseldikçe, dine yönelme, diğer aktiviteleri bırakarak sorun üzerine odaklanma, davranışsal olarak ilgiyi kesme ve alkol/ilaç kullanımı puanlarının istatistiksel olarak anlamlı biçimde azaldığı, olumlu tarzda yeniden yorumlama ve planlama puanlarının ise arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 7).

Tartışma

Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi uygulanan hastaların stresle başa çıkma biçimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, her iki gruptaki hastaların stresle

Tablo 7. Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Stresle Başa Çıkma Ölçeği Alt Ölçekleri	Okur-Yazar Olmayan (n=8) X±SS	Okur-Yazar (n=4) X±SS	İlkokul Mezunları (n=42) X±SS	Ortaokul Mezunları (n=12) X±SS	Lise Mezunları (n=52) X±SS	Üniversite Mezunları (n=31) X±SS	F	P
Dine yönelme	16.00±0.01	16.00±0.01	15.33±1.61	15.75±0.62	14.23±2.40	13.25±3.73	4.331	0.001
Kabullenme	12.62±3.33	15.25±0.95	13.92±2.58	14.33±2.67	14.00±2.45	12.87±3.27	1.390	0.231
Olumlu Tarda Yeniden Yorumlama	10.50±2.61	12.50±1.00	11.66±2.51	12.33±2.38	12.38±2.31	12.90±1.81	2.021	0.079
Planlama	11.50±3.33	15.00±2.00	13.23±2.86	13.91±2.42	13.73±3.01	14.22±2.71	1.529	0.184
Aktif Başa Çıkma	11.75±2.43	13.00±1.15	11.97±3.11	12.91±2.74	13.09±2.89	13.90±2.45	2.002	0.082
Sosyal Destek Arama (Duygusal)	12.37±3.06	10.50±3.78	10.92±3.61	10.66±3.65	11.44±3.99	11.54±3.55	0.365	0.872
Sosyal Destek Arama (Enstrümental)	10.12±2.99	9.75±2.06	11.40±3.02	11.33±2.70	11.55±2.78	11.77±2.24	0.785	0.562
Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma	12.25±2.31	12.25±4.50	10.16±2.98	11.00±2.98	10.23±3.13	10.35±3.32	0.998	0.422
Diğer Aktiviteleri Bırakarak Sorun Üzerine Odaklanma	10.37±4.13	9.75±4.19	10.83±3.62	9.58±4.05	8.86±4.27	5.51±3.24	7.198	0.001
Mizahi Bakış	12.25±3.05	12.50±2.88	9.19±4.27	8.16±3.21	7.71±3.53	7.12±3.67	4.112	0.002
Davranışsal Olarak İlgili Kesme	7.37±3.54	6.75±2.21	7.16±3.35	6.83±3.78	6.67±3.42	4.64±1.88	2.688	0.024
Yadsırma	7.00±4.65	6.00±4.00	5.50±2.69	5.00±1.80	5.11±2.21	4.41±1.31	1.780	0.121
Alkol/ilaç Kullanımı	5.00±1.85	5.50±1.91	4.66±1.74	4.33±1.15	4.30±1.07	4.00±0.01	1.970	0.087

Hemodiyaliz	(n=8)	(n=6)	(n=68)	(n=33)	(n=57)	(n=40)	
Dine yönelme	15.75±0.70	16.00±0.01	15.57±1.15	14.87±2.04	13.38±3.63	12.27±3.70	10.073 0.001
Kabullenme	14.37±2.26	13.33±2.94	14.52±1.83	14.60±1.56	13.68±3.46	14.32±2.46	1.056 0.386
Olumlu Tazıda Yeniden Yorumlama	11.12±2.58	9.66±3.55	12.16±2.23	11.93±2.41	12.43±2.39	12.85±2.45	2.436 0.036
Planlama	10.62±1.76	10.00±3.57	12.29±2.91	12.24±2.92	13.19±3.09	13.60±2.61	3.371 0.006
Aktif Başa Çıkma	11.25±3.15	10.33±2.58	12.72±2.21	12.30±3.00	13.01±3.06	13.35±2.62	2.120 0.064
Sosyal Destek Arama (Duygusal)	9.75±2.81	11.16±1.16	11.52±3.01	10.72±2.78	11.40±3.31	11.70±3.27	0.857 0.511
Sosyal Destek Arama (Enstrümental)	8.75±3.01	9.50±3.14	10.08±3.10	10.39±2.96	10.84±2.66	11.17±2.95	1.557 0.174
Duygulara Odaklanma ve Duyguları Ortaya Koyma	9.62±2.55	9.16±3.54	10.41±3.05	10.42±3.20	10.36±3.26	10.20±2.84	0.279 0.924
Diğer Aktiviteleri Bırakarak Sorun Üzerine Odaklanma	11.62±3.66	10.16±3.97	11.11±3.80	8.72±3.30	7.96±4.01	8.45±4.32	5.439 0.001
Mizahtı Bakış	9.87±4.12	10.16±4.30	9.60±3.73	9.15±3.89	9.07±3.95	8.05±3.99	0.960 0.444
Davranışsal Olarak İlgili Kesme	8.50±2.39	10.50±2.16	8.17±3.52	6.27±2.78	5.82±2.37	5.47±2.62	8.755 0.001
Yadırsıma	6.50±2.50	8.33±3.50	6.63±3.39	5.93±2.78	5.21±2.65	5.45±3.13	2.362 0.041
Alkol/ilacı Kullanımı	5.50±2.07	8.33±5.95	5.23±2.84	4.54±1.66	4.54±2.01	4.00±0.01	4.761 0.001

başta çıkma ölçeği alt boyutları arasında en fazla kullandıkları başta çıkma yöntemi “dine yönelme” olmuştur. Bunu daha sonra “kabullenme”, “olumlu tarzda yeniden yorumlama”, “planlama” ve “aktif başta çıkma” izlemektedir. Ölçek alt boyutlarından planlama, enstrümental sosyal destek arama ve yadsıma alt boyutları ile hasta grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır, diğer alt boyutlarda anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. SAPD hastaları planlama ve enstrümental sosyal destek aramayı daha fazla, yadsımayı ise daha az kullanmaktadır.

Bu hastaların en fazla kullandıkları başta çıkma yönteminin “dine yönelme” olması, bireylerin sıkıntılı durumlarında Tanrı'nın desteğini hissetme ihtiyacı duydukları, sıkıntı yaratan hastalık durumunda da bu nedenle dine yöneldikleri şeklinde açıklanabilir. Dine yönelme literatürde duygu odaklı ve bu nedenle kimi zaman etkin olmayan bir yöntem olarak bilinmesine karşın, Carver ve arkadaşları¹⁴ tarafından bireylerin yoğun stres yaşadıkları durumlarda dinin kendilerine destek sağlayabileceği ve ruhsal sorunları önleyebileceği bildirilmiş ve bu stratejinin desteklenmesi önerilmiştir. Çalışma bulgularımıza benzer biçimde; siyah hemodiyaliz hastalarının fiziksel ve psikososyal uyumlarını incelemek amacıyla yapılan bir araştırmada ve hemodiyaliz ve SAPD hastalarının depresyon, anksiyete ve stresle başta çıkma durumlarının saptanmasına ilişkin yapılan bir çalışmada da “dine yönelme” en fazla kullanılan başta çıkma yöntemi olmuştur^{10,18}. Hastalığa ilişkin algılamaların depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelendiği bir başka çalışmada da din ve inanca yönelik algılamaların sık olarak kullanıldığı ve bu durumda depresyonun daha az yaşandığı, hastalığın etkilerini olumsuz olarak algılamının azaldığı ve yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir¹⁹.

Çalışmamızda her iki gruptaki hastalar tarafından en çok kullanılan ikinci ve üçüncü başta çıkma yöntemlerinin “kabullenme” ve “olumlu tarzda yeniden yorumlama” olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu ise bireylerin ortaya çıkışında kontrol sahibi olmadıkları hastalık durumunda hastalığı inkar etmek yerine hastalığın Tanrı'dan geldiğine inanıp, boyun eğici bir şekilde kabullenip, olumlu bir şekilde yorumlamaya çalışarak başta çıkmaya çalıştıklarını ve bu biçimde problemi çözmek için de güç topladıklarını düşündürmektedir. Yukarıda daha önce değinilen çalışmada da, çalışma sonuçlarımıza benzer biçimde, Tanrı'ya güvenmeden sonra en çok kullanılan yöntemlerin olumlu düşünme ve yaşam olaylarını normalleştirme olduğu belirlenmiştir¹⁸. Bu yöntemlerden sonra en çok kullanılan yöntemler ise “planlama” ve “aktif başta çıkma”dır. Bu durum hastaların düşünce ve duygularını hastalığa uyum sağlamak ve hastalıkla ilgili zorluklarla başta çıkmak doğrultusunda düzenledikten sonra aktif olarak başta çıkmak için planlar yaparak harekete geçtiklerini düşündürmektedir.

Hemodiyaliz ve SAPD hastalarının kullandıkları başta çıkma yöntemleri ortalamaları sıralandığında bu sıralamaların birbirine oldukça benzer olduğu görülmektedir. Bu bulgu hemodiyaliz ve SAPD hastalarının kullandıkları stresle başta çıkma biçimlerinin benzer olduğu biçiminde yorumlanabilir. Hemodiyaliz ve SAPD hastalarının stresle başta çıkma biçimleri açısından karşılaştırdığı çalışmada Eichel²⁰, SAPD hastalarının daha az stresi olmasına ve daha az başta çıkma stratejisi kullanmalarına karşın, çalışmamıza benzer biçimde, her iki grupta da stres kaynaklarının ve kullanılan başta çıkma stratejilerinin benzer olduğunu ortaya koymuştur.

Çalışmamızda hemodiyaliz ve SAPD hastalarının kullandıkları başta çıkma yöntemleri arasında literatürde problemi çözmeye odaklı başta çıkma yöntemleri olarak kabul edilen;

planlama, aktif başa çıkma, enstümental sosyal destek arama, diğer aktiviteleri bırakarak sorun üzerine odaklanma gibi yöntemlerin daha üst sıralarda olduğu ancak duygu odaklı başa çıkma yöntemlerinin ise alt sıralarda toplandığı görülmektedir. Bu durum her iki grupta da problem odaklı başa çıkma yöntemlerinin duygu odaklı başa çıkma yöntemlerine göre daha fazla kullanıldığı şeklinde yorumlanabilir. Hemodiyaliz ve SAPD hastalarında stresle başa çıkma biçimlerinin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada, çalışmamıza benzer biçimde, her iki grupta da problem-odaklı başa çıkma yöntemlerinin duygu-odaklı başa çıkma yöntemlerine göre daha çok kullanıldığı ortaya konmuştur²¹.

SAPD hastaları yaş ilerledikçe daha fazla dine yönelmekte ve aktif başa çıkmaya çalışmaktadırlar. SAPD'nin bireyin tedavisi ile ilgili aktif sorumluluk almasını gerektirmesi nedeniyle yaş ilerledikçe bireyler deneyim kazanarak sorunları ile aktif olarak başa çıkma becerileri geliştirmiş olabilirler. Aktif başa çıkma ile birlikte dine yönelmenin artması ise bireylerin kendi bireysel sorumlulukları yanında tanrının desteğini hissetmek istemesi biçiminde yorumlanabilir. Yaş ilerledikçe hemodiyaliz hastaları ise diğer aktiviteleri bırakarak sorun üzerine odaklanmayı daha çok kullanmakta, enstrümental sosyal desteği ise daha az aramaktadırlar. Bireyler yaşları ilerledikçe daha sakin, düzenli ve kendilerinin yönettiği bir yaşam tarzını benimsemek istemektedirler. Oysa, hemodiyaliz tedavisi haftada 2-3 kez 4-6 saat süre ile üniteye giderek makineye bağlı kalmayı gerektirmektedir. Bu durum yaşın ilerlemesi ile bireylerin istekleri doğrultusunda yaşamasını sınırlıyor ve bu nedenle soruna daha fazla odaklanmalarına yol açıyor olabilir. Enstrümental sosyal desteğin yaşla birlikte daha az aranması ise bireylerin hastalıkları ile daha kolay başa çıkmak için yaşamlarını kolay hale getirecek olan araçları edinmiş olması ve bu nedenle artık dışarıdan desteğe ihtiyaç duymaması biçiminde yorumlanabilir.

Her iki hasta grubunda kadınların duygulara odaklanma ve duyguları ortaya koyma puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum, kültürümüzde "erkekler ağlamaz" gibi yüklemelerle kendini gösteren erkeklerin sorunlar karşısında daha sessiz ve güçlü durmaya çalışması, kadınların ise duygularının farkına varma ve onları paylaşma yoluyla duygusal gerilimlerini azaltmaya çalışarak başa çıkması biçiminde açıklanabilir. Ancak aynı başa çıkma ölçeği kullanılarak yapılan bir başka çalışmada ise, başa çıkma açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmamıştır¹⁰.

SAPD hastalarının öğrenim düzeyi yükseldikçe dine yönelme, diğer aktiviteleri bırakarak sorun üzerine odaklanma, mizahi bakış ve davranışsal olarak ilgiyi kesme yöntemlerini kullanımı azalmıştır. Hemodiyaliz hastalarının öğrenim düzeyi yükseldikçe ise, dine yönelme, diğer aktiviteleri bırakarak sorun üzerine odaklanma, davranışsal olarak ilgiyi kesme ve alkol/ilaç kullanımı azalmış, olumlu tarzda yeniden yorumlama ve planlamayı kullanımları ise artmıştır. Her iki hasta grubunda da öğrenim düzeyi yükseldikçe dine yönelmenin, diğer aktiviteleri bırakarak soruna odaklanmanın ve davranışsal olarak ilgiyi kesmenin azalması öğrenim düzeyi yüksek olan bireylerin sadece hastalığa odaklanmak ya da hastalığı dışlamak yerine yaşamlarının diğer alanları ile de ilgilenme ve bu alanlardaki gereksinimlerine de dikkat etme becerileri geliştirmiş oldukları biçiminde yorumlanabilir.

Sonuç ve Öneriler

Daha önce değinilen özelliklere sahip hemodiyaliz ve SAPD hastalarının stresle başa çıkma biçimleri değerlendirildiğinde her iki gruptaki hastaların stresle başa çıkmak için en fazla kullandıkları beş başa çıkma biçiminin sırasıyla dine yönelme, kabullenme, olumlu tarzda yeniden yorumlama, planlama ve aktif başa çıkma olduğu belirlenmiştir. Hemodiyaliz ve SAPD hastalarında kullanılan başa çıkma yöntemlerinin sıralaması birbirine benzerdir. SAPD hastaları planlama ve enstrümental sosyal destek aramayı hemodiyaliz hastalarına göre daha fazla, yadsımayı ise daha az kullanmaktadır.

Hemodiyaliz ve SAPD hastalarının kullandıkları başa çıkma biçimlerinin incelendiği bu araştırma sonuçlarına dayalı olarak; bu birimlerde çalışan sağlık ekibi tarafından hastaların zor bir tedavi deneyimi olan diyaliz süreci ile başa çıkmak için dini aktivitelere daha fazla yönelebileceği, kabullenici bir tutum içinde olabilecekleri ve yaşamlarını olumlu biçimde yeniden yorumlamaya çalışabilecekleri, bu yolla problemlerini çözmek için güç topluyor olabilecekleri göz önünde tutulmalıdır. Hastalara 24 saat kesintisiz bakım verme sorumluluğu nedeniyle hemşireler ise hastaların diyalize ilişkin güçlükleri ile başa çıkma durumlarını en iyi değerlendirebilecek ve başa çıkmada güçlüğü olan hastalarla ilgili olarak erken dönemde önlem alınmasını sağlayacak olan sağlık ekibi üyeleridir. Bu nedenle hemşirelerin başa çıkma durumu açısından hastaları düzenli olarak değerlendirmeleri önerilebilir. Ayrıca hemşireler hastalara tedaviye uyum konusunda verecekleri eğitim ve danışmanlık sırasında da çalışma sonuçlarını dikkate alarak eğitim ve danışmanlık içeriğine bütünleştirmelidirler.

Kaynaklar

1. Türk Nefroloji Derneği. Türkiye 2007 yılı ulusal hemodiyaliz, transplantasyon ve nefroloji kayıt sistemi raporu. Türkiye'de nefroloji-diyaliz ve transplantasyon. İstanbul: Türk Nefroloji Derneği Yayınları; 2007. s.3.
2. Christensen A, Ehlers S. Psychological factors in end stage renal disease: An emerging context for behavioural medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70(3): 712-724
3. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(1): 72-80
4. Özkan S. Kronik böbrek hastalığı ve diyalizde psikiyatrik morbidite. In: Özkan S, editör. *Psikiyatrik Tıp Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul: Roche; 1993.
5. Yeh S-CJ, Chou H-C. Coping strategies and stressors in patients with hemodialysis. *Psychosomatic Medicine* 2007; 69: 182-190
6. Rettig RA, Lohr KM. Measuring, managing and improving quality in the end-stage renal disease treatment setting. *American Journal of Kidney Diseases* 1994; 24(2): 228-234
7. Şentürk A, Levent BA, Tamam L. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda psikopatoloji. *O.M.Ü. Tıp Dergisi* 2000; 17(3): 163-172
8. Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(1): 22-31
9. Bahar A, Savaş AH, Yıldızgördü E, Barlıoğlu H. Hemodiyaliz Hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8: 287-292

10. Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D. Bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz ve sürekli ayakta periton diyalizi hastalarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008; 45: 78-84
11. Aguilera DC. Crisis intervention theory and methodology. 8th Edition. St Louis: Mosby; 1998.
12. Salehnia M. Hemodiyaliz ve SAPD gören hastalarda psikiyatrik değerlendirme. Uzmanlık Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. 2000.
13. Lindqvist R, Carlsson M, Sjöden P-O. Coping strategies and quality of life among patients on hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Scand J Caring Sci* 1998; 12: 223-230.
14. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 56(2): 267-283.
15. Gök Ş. Anksiyete ve depresyonda stresle başa çıkma. Uzmanlık Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. 1995.
16. Barlas G. İstanbul ili hemodiyaliz birimlerinde çalışan hemşirelerde görülen depresyon belirtileri ve başa çıkma yöntemleri. Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 1998.
17. Akıncı FY, Öz F. Histerektomi sonrası başa çıkma yöntemleri ve ruhsal belirtiler. İstanbul: V. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı Novartis A.Ş.; 1999.
18. Burns D. Physical and psychosocial adaptation of blacks on hemodialysis. *Applied Nursing Research* 2004; 17 (2): 116-124
19. Patel SS. Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases* 2002; 40(5): 1013-1022
20. Eichel CJ. Stress and coping in patients on CAPD compared to hemodialysis patients. *American Nephrology Nurses Association Journal* 1986; 13(1): 9-13
21. Lok P. Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 23: 873-881